german
cooperation
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

الإطار التوجيهي للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) في التعاون التنموي

كما يتضح في سياق الأزمات السورية والعراقية

BAfF Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

HAUKARI e.V.

Jiyan Foundation for Human Rights

medica mondiale

medico international

MISEREOR 60 JAHRE IHR HILFSWERK

Sigmund Freud Privatuniversität Berlin

ZENTRUM ÜBERLEBEN
Wege in eine menschenwürdige Zukunft

الإطار التوجيهي للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) في التعاون التنموي

كما يتضح في سياق الأزمات السورية والعراقية

international)، ومنظمة ميزيريور (Misereor)، وجامعة سيغموند فرويد في برلين، ومركز البقاء (Zentrum Überleben). وعلاوة على ذلك فقد تم في الفترة ما بين يوليو 2017 ومارس 2018 الحصول على تعليقات على النسخة الأولية لهذه الوثيقة، من 66 منظمة ومؤسسة حكومية وغير حكومية مختلفة، تعمل في سوريا، ولبنان، وتركيا، والعراق، والأردن. وقد شارك خلال هذه الفترة أكثر من 120 شخصًا في ورشات عمل ومقابلات حول مبادئ الدعم النفسي الاجتماعي الجيدة في سياق الأزمات السورية والعراقية. وتم دمج النتائج المجمعة في هذه الوثيقة.

وهكذا فإن هذا الإطار التوجيهي يتعلق بوثيقة موقف مشتركة وملائمة للسياق، خاصة بالتعاون التنموي الألماني، تعكس حالة النقاش بين المؤسسات المشاركة والخبراء / الخبيرات بخصوص ما يشكل عملاً نفسيًا اجتماعيًا جيدًا مع اللاجئين، وبخصوص المخاطر التي يجب وضعها في الاعتبار. وهذه الوثيقة موجهة إلى الجهات الفاعلة في قطاع الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS)، التي تعمل في سياق الأزمات السورية والعراقية مع اللاجئين في الشرق الأوسط، وموجهة أيضًا إلى الوزارات والمؤسسات العلمية. وينبغي فهمها كمستند أساسي يوفر التوجيه – لتصميم الأنشطة، وتنفيذها، وتخطيطها، وتطبيقها، وتقييمها، ويوفر كذلك التوجيه للمنظمات المانحة في التقييم المتعمق للتدابير ولاقتراحات المشاريع، بهدف توفير الدعم النفسي الاجتماعي للاجئين وللمجتمعات المضيفة. ولتحقيق هذا الغرض، فهي تحتوي على مجموعة من مبادئ الجودة، التي من شأنها أن تقدم المساعدة عند تطوير تدابير تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي، والتعامل مع الأشخاص ذوي تجارب الهجرة والعنف، فضلاً عن التعاون التنموي الحساس للصدمات النفسية (DC).

خلافًا للمعايير التي تحمل في طياتها خطر تقييد المرونة والإبداع، وإهمال عوامل تأثير ثقافية وجغرافية واجتماعية-سياسية محددة، فإن هذه الوثيقة تُعتبر بمثابة **"مستند حي"**، يتطلب دائمًا التكيف مع السياق المعني. وبالإضافة إلى التكيف، فمن الممكن حدوث انحراف مبرر عن المبادئ، بسبب التغيرات المستمرة في الظروف السياسية والاجتماعية. وبجانب توجيه التدابير فإن هذه الوثيقة تُستخدم أيضًا في التواصل مع الشركاء المحليين. وبالرغم من نشأة الوثيقة من الحوار الألماني، إلا أنه من الممكن أيضًا استخدامها من قِبل جهات فاعلة دولية أخرى، كأساس لتحديد الموضع.

إن العمل بشكل حساس للصدمات النفسية، أو تنظيم الأنشطة بشكل حساس للصدمات النفسية، يعني تجنب أي علامات أثناء تنفيذ الأنشطة، من شأنها أن تتسبب في تجربة صادمة وتؤدي إلى إعادة الشعور بالصدمة: الشعور بالتهديد والخضوع، ومعايشة القلق الشديد والعجز، وفقدان الثقة والسيطرة. لذلك يتم التركيز على إنشاء الشروط الإطارية، التي توفر أكبر قدر ممكن من الأمان، والاعتمادية، والثقة، لتمكين المتضررين من السيطرة وتقرير المصير في كل خطوة. ينبغي إعلام جميع العاملين مع اللاجئين بالأنماط الأساسية لديناميكيات الصدمات (مثل وجود **عوامل محفزة** يمكن أن تؤدي إلى إعادة حدوث اضطرابات ما بعد الصدمات)، وضرورة تكييف الشروط الإطارية تبعًا لمجموعة العمل وسياق الصدمة.

خلفية ونشأة الإطار التوجيهي

تم التكليف بإنشاء هذه الوثيقة عام 2015 من قِبل الوزارة الاتحادية للتعاون الاقتصادي والتنمية (BMZ)، وتم إعدادها من قبل المعهد الألماني للتعاون الدولي (GIZ) بالتعاون مع الجهات الفاعلة في المجتمع المدني الألماني وأخصائيين / أخصائيات علم نفس مستقلين، يعملون على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support) للاجئين والمشردين داخليًا في منطقة الشرق الأوسط وألمانيا، في سياق الأزمات السورية والعراقية. وقد نشأت هذه المهمة نتيجةً لرغبة BMZ في إعداد توجيه يتعلق بخصائص العمل الجيد، لتدعيم MHPSS في سياق الأزمات السورية والعراقية. كما نشأت الحاجة لتبادل أقوى فيما يتعلق بهذه الخصائص والحاجة لتوجيه مشترك بين شركاء المشروع الإقليمي لـ GIZ "الدعم النفسي الاجتماعي للاجئين السوريين / العراقيين والمشردين داخليًا".

تم إعداد هذه الوثيقة بالإضافة إلى منشورات متخصصة أخرى اعتمادًا على مدخلات الرابطة الاتحادية للمراكز النفسية الاجتماعية للاجئين وضحايا التعذيب، والمستشفى الجامعي شاريتيه في برلين، وجمعية هاوكاري (Haukari)، ومؤسسة جيان لحقوق الإنسان (Jiyan Foundation for Human Rights)، ومنظمة ميديكا موندیال (medica mondiale)، ومنظمة ميديكو إنترناشونال (medico

المحتوى

1. ما هي الآثار النفسية الاجتماعية للعنف و التشريد ؟ 9

2. ما هي التناقضات الوجدانية الخاصة للاحتياجات النفسية الاجتماعية لضحايا العنف البشري؟ 11

3. ما هي الاحتياجات النفسية الاجتماعية الخاصة للاجئين والمشردين في سياق الأزمات السورية والعراقية؟ 13

4. ما معنى MHPSS في سياق الصراع والتشريد؟ 15

5. ما هو مفهوم الصدمة الذي ينبغي أن يشكل أساس التعاون التنموي الألماني؟ 18

6. ما الذي تعلمناه بالفعل عن منهجيات MHPSS في سياق الحرب والهروب، وكيف يمكن تصميم الدعم النفسي الاجتماعي للاجئين والمشردين داخليًا في سياق الأزمات السورية والعراقية؟ 21

7. كيف تبدو الممارسة العملية للتعاون التنموي الألماني؟ 25

8. كيف يمكن ضمان العافية النفسية الاجتماعية لموظفي MHPSS؟ 31

9. ما هي مبادئ الجودة العالية لتدابير التنمية الخاصة بتعزيز الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي؟ 33

10. ما هي القيمة المضافة التي تقدمها المنهجيات النفسية الاجتماعية للتعاون التنموي الألماني؟ 40

الملاحظة الختامية 42

فهرس المراجع 44

المزيد من توصيات المراجع (باللغة الإنجليزية) 48

الملحق – التكميلي الفصل 10 50

قائمة الاختصارات

BMZ	الوزارة الاتحادية للتعاون الاقتصادي والتنمية
cfw	Cash for Work – النقد مقابل العمل
DC	Development Cooperation – التعاون التنموي
GIZ	المعهد الألماني للتعاون الدولي
IASC	Inter-Agency Standing Committee – اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات
ICD	International Classification of Diseases – التصنيف الدولي للأمراض
IDP	Internally Displaced Persons – المشردون داخليًا
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies – الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
IS	so-called Islamic State – ما يُسمى بالدولة الإسلامية (داعش)
LGBTI	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex – السحاقيات، والمثليون، ومزدوجي التوجه الجنسي، والمتحولين جنسيا، وثنائي الجنس
MEAL	Monitoring, Evaluation and Learning – المراقبة، والتقييم، والمساءلة، والتعلم
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support – الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي
PFA	Psychological First Aid – الإسعافات الأولية النفسية
PSS	Psychosocial Support – الدعم النفسي الاجتماعي
PTSD	Post-Traumatic-Stress Disorder – اضطراب ما بعد الصدمة – بالإنجليزية
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees – المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
WHO	World Health Organization – منظمة الصحة العالمية

داف الوثيقة الحالية، سيتم استخدام المصطلحات "المشردين"، و"المشردين داخليا"، و "اللاجئين"، و "المتضررين"، و"الأشخاص المثقلون بالأعباء" بنفس المعنى وبشكل تبادلي خلال النص. كما أنها لا تشير و / أو تنطبق على الوضع القانوني لمثل هؤلاء الأشخاص، على سبيل المثال: اتفاقية الأمم المتحدة للاجئين. بدلاً من ذلك يركز هذا الاطار التوجيهي على الآثار النفسية والاجتماعية للعنف و الفقدان / الخسارة والتشرد على أي شخص، بغض النظر عن الحالة القانونية التي تنطبق عليهم / عليهن.

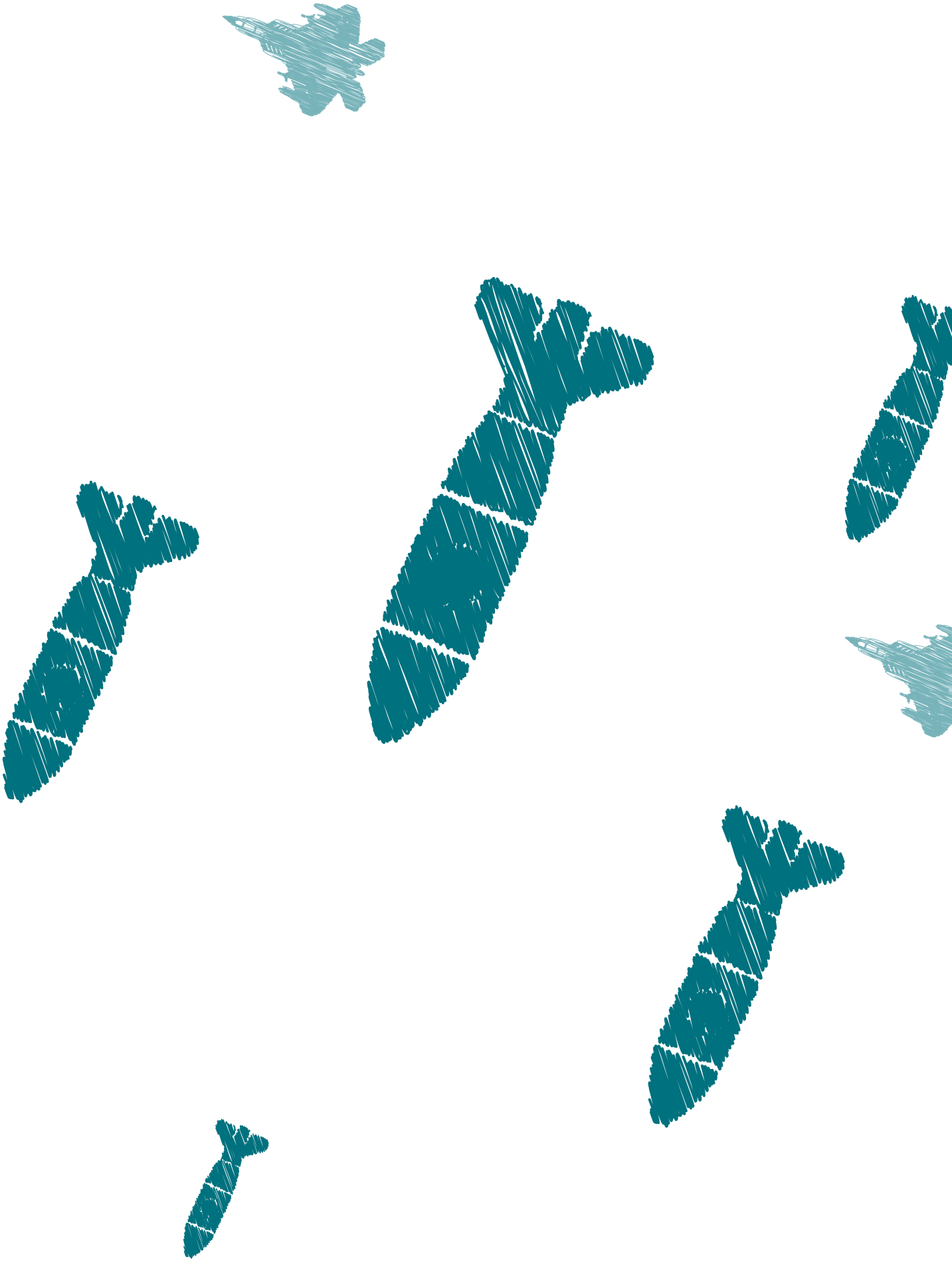
1. ما هي الآثار النفسية الاجتماعية للعنف و التشريد ؟

لا تقتصر الآثار المدمرة للصراعات المسلحة على البنية التحتية، والأمن، والتنمية الاقتصادية للبلد فحسب، بل تمتد أيضًا لتؤثر على العافية النفسية والاجتماعية للأفراد المتضررين. إن عدم الاعتراف بالمعاناة النفسية وعدم معالجتها على المستوى الفردي والجماعي يؤثر بالسلب على الترابط الاجتماعي للمجتمع، وإنتاجيته الاقتصادية، واستقراره *(1)*. كما أن العلاقة بين الصراعات العنيفة والإجهاد النفسي معقدة وغير متوقعة في كثير من الأحيان *(2)*.

يؤدي التشريد في سياق الصراعات المسلحة والعنف إلى عواقب مادية، بالإضافة إلى تجارب من الخسائر الشديدة ، تشمل فقدان أفراد الأسرة والأصدقاء، وفقدان الانتماء والسيطرة والاستقلالية، وفقدان الوصول إلى الموارد. وعلاوة على ذلك فإن اللاجئين يعانون من زيادة في قابلية التعرض للأذى، وزيادة خطر التعرض للعنف المنزلي والاجتماعي، ويعانون من الفقر، وغياب التوقعات، وعدم اليقين بشأن ما يحمله المستقبل.

والمشردون / الهاربون لا يعانون من تجارب صادمة في مناطق الأزمات فحسب، بل يعانون أيضًا وهم على طرق الهروب، وبعد اللجوء إلى مخيمات اللاجئين، وفي البلدان المضيفة، كضحايا للتمييز، وكذلك عند الترحيل. فالوصول إلى البلد المضيف غالبًا ما يجلب معه تحديات جديدة، مثل صعوبات التعامل مع السلطات، والقلق بشأن وضع الإقامة، ونقص المهارات اللغوية، والصراعات مع السكان المحليين. كما أن ضغط التوقعات من البلد الأصلية يمكن أن يمثل مصدرًا إضافيًا للإجهاد. تدمر تجارب التعذيب وانتهاكات حقوق الإنسان الأخرى النظرة الوظيفية إلى العالم والصور الذاتية، وتزيد معايشة تجربة الرفض أو كراهية الأجانب من الإحساس بالتهديد المستمر، وتزيد المنافسة في البحث عن عمل من صعوبة العلاقات الاجتماعية القائمة *(3)*. أيضًا الشعور بانعدام الجذور المتعلقة بالمكان وبالتشرد يزيد من صعوبة عمليات الاندماج، ويمكن أن يجعل الحياة تبدو كحل مؤقت. غالبًا ما تكون العودة المأمولة إلى وطن أعيد بناؤه غير ممكنة في كثير من الحالات، وحتى إذا حدث ذلك، فغالبًا ما يُنظر إليها على أنها بداية جديدة معقدة ومؤلمة، بسبب التغييرات الهائلة في الظروف في كثير من الأحيان، مثل تدمير البنية التحتية، وفقدان أفراد الأسرة، وإنشاء تسلسلات هرمية جديدة *(4)*.

باختصار، يمكن وصف تجارب اللاجئين بالحرمان الشديد، والتي غالبًا ما يرافقها الشعور بالعار وبالذنب، وكذلك أيضًا مشاعر الكراهية وأفكار الانتقام. وبالإضافة إلى الظروف المعيشية الصعبة، غالبًا ما يعاني المتضررون من الحزن، والقلق، والخوف، واليأس، وفقدان الأمل، والشعور بالوحدة، والحنين إلى الوطن، والغربة، والعجز، والضعف، والعدوانية، وهي المشاعر التي تشكل سلوكهم *(5)* *(6)*. ولا تتوقف آثار الهروب عند الفرد، بل تؤثر أيضًا على هياكل العلاقات المباشرة بين الأشخاص المتضررين. وبالتالي يؤثر أيضًا السلوك التجنبي، والانسحاب الاجتماعي، والخمول، على سبيل المثال على المجموعة المرجعية للفرد. فيجد الأزواج صعوبة في الحفاظ على الثقة والحميمية فيما بينهم، ويصبح الآباء غالبًا أقل قدرة على توفير ترابط آمن وراسخ مع أطفالهم. كما أن المعاناة غير المعلنة بين أفراد الأسرة يمكن أن تؤدي إلى جو من الصمت والسرية. وتظهر تجارب العنف والهروب في النسيج الاجتماعي الأوسع للمجتمعات والطوائف. إن مخاوف الفرد وانعدام الثقة والانسحاب الاجتماعي تدمر الترابط الاجتماعي والتضامن، ويمكن أن تؤدي إلى العنف والجمود الاجتماعي، ما يعني أن المجتمع والطائفة لم يعد بإمكانهما الوفاء بوظائف الاستقرار المهمة. وبالطبع فإن العواقب تكون مترابطة على المستوى الفردي والجماعي، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تشكيل حلقة مفرغة، تزيد من زعزعة استقرار الأفراد والجماعات بشكل أكبر. لذلك يجب أن يبدأ تنفيذ تدابير تعزيز الصحة النفسية والعافية النفسية الاجتماعية، على جميع المستويات في نفس الوقت.



2. ما هي التناقضات الوجدانية الخاصة للاحتياجات النفسية الاجتماعية لضحايا العنف البشري؟

عادةً ما يشعر الناجون من العنف والدمار البشري بأنهم تعرضوا لتجربة ظلم هائلة. في نفس الوقت كثيرًا ما تبرز الحاجة إلى الاعتراف بأن هذه التجربة كانت بمثابة ظلم وقع عليهم، مع الرغبة في الحصول على التعاطف والتضامن. قد يتم التعامل مع تشخيصات أمراض مثل الاكتئاب أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) على أنها عزو ووصم مرضي، يعارض بشكل إضافي الحاجة إلى هذا الاعتراف. كما إن التدخلات التي تستند فقط على أعراض المعاناة والأمراض يمكن أن تتسبب في تجدد الشعور بتجارب التشرد مرة أخرى. ومن ناحية أخرى، فإن نماذج الأمراض يمكنها أيضًا التخفيف عن الفرد، لأنها توضح أن حدوث استجابات معينة بعد التعرض لتجارب العنف هو أمر طبيعي١. من أجل التعامل مع هذه التناقضات الوجدانية بطريقة حساسة للصدمات، من الأهمية بمكان ترك السيطرة واتخاذ القرار بخصوص عمليات التدخل والتفسير للمتضررين، واحترام استقلاليتهم وقدرتهم على العثور على طرقهم الخاصة، للتعامل مع التجارب، ودعم خلق وجهات نظر جديدة. ومع ذلك، ينبغي في هذا السياق النظر بعين الاعتبار إلى أنه بجانب الحاجة إلى استقلالية الشخص المصاب بالصدمة، فغالبًا ما يكون هناك احتياج للأمان في نفس الوقت، قد يؤدي إلى تثبيط الفاعلية والمبادرة، وإلى تفضيل المبادئ التوجيهية الواضحة في بيئة ذات معايير اجتماعية وثقافية غير مألوفة *(8)*.

يوجد تناقض وجداني مركزي آخر في التعامل مع العنف البشري، ألا وهو موضوع الثقة وانعدام الثقة، لا سيما في سياقات الصراعات شديدة التعقيد وسريعة التغيير الممتدة لعقود من الزمن. فغالبًا ما تنشأ مجموعة متنوعة من خطوط المواجهة وعلاقات الجاني-الضحية، التي تجعل من الصعوبة بمكان، تطوير علاقات قائمة على الثقة، حتى إذا تم حل التهديدات الخارجية. وكثيرًا ما تنعكس الصراعات السياسية والتاريخية على تجارب العنف الفردية، ويتم تنفيذ الديناميكيات الإقليمية في العمل النفسي الاجتماعي على المستوى الجزئي. إن المعرفة الدقيقة بالمجموعات المستهدفة وخطوط الصراع المختلفة الوطنية والإقليمية والسياسية والطائفية والعرقية والجنسانية هو أمر لا غنى عنه، لتجنب مجموعات العلاقات غير المتكافئة والمتنازعة، التي تخلق انعدام الثقة في العمل النفسي الاجتماعي. كما أن إنشاء جو يتميز بالاعتمادية والمصداقية والتقدير يُعتبر مفيدًا للأشخاص المثقلين بتجارب التشرد، للتغلب على مشاعر انعدام الجذور والخضوع، وتطوير وجهات نظر جديدة.

ومن خلال التركيز على الموارد ونقاط القوة لدى الشخص، يمكن تعزيز عملية المواجهة، والتعامل مع الوضع المعيشي الحالي.

كثيرًا أيضًا ما يتم ملاحظة التزامن والتشابك بين مهارات البقاء على قيد الحياة والصمود من ناحية، والمشاكل النفسية، والنفسية الجسدية و / أو الجسدية والأعراض المرضية (مثل الاكتئاب، واضطرابات القلق، والاضطرابات الكربية التالية للصدمة (PTSD)[1]) من ناحية أخرى. تقدر منظمة الصحة العالمية أن عدد الأمراض النفسية الخطيرة يمكن أن يتضاعف في سياق الصراعات. وحتى الأشكال المعتدلة للأمراض النفسية لدى السكان تزيد من 10% إلى 15–20%. وينعكس معدل الانتشار المرتفع للإجهاد النفسي على جميع مجالات القدرة الوظيفية والكفاءة المجتمعية.

إلا أنه بالإضافة إلى الآثار السلبية المذكورة أعلاه، لا ينبغي تجاهل حقيقة أن ردود الأفعال على التجارب الصادمة و التعامل مع ضغوط الوضع المعيشي الحالي هي أمور تختلف من شخص لآخر، وأن العديد من اللاجئين يقوم بتطوير المهارات والموارد الشخصية للبقاء على قيد الحياة في هذه الظروف الصعبة. ولإظهار هذه الموارد ونقاط القوة الخاصة بالمتضررين بشكل أفضل، كان هناك اتجاه متزايد في حوار مجتمع الخبراء الدوليين في السنوات الأخيرة يهدف إلى الابتعاد عن مفهوم الاضطرابات الكربية التالية للصدمة (PTSD)، والتوجه إلى منهجية موجه نحو الموارد، وهي المنهجية التي تنظر في الاستجابة الفردية للإجهاد على سلسلة متصلة من الاستجابات الوظيفية (المتوائمة)، والاستجابات المختلة وظيفيًا (غير المتوائمة) لمختلف التحديات وعوامل الضغط. على سبيل المثال يبرز نموذج ADAPT (ADAPT – التكيف والتنمية بعد الاضطهاد والصدمة) قدرة المتضررين على التكيف بشكل ناجح في مجالات الأمن، والعلاقات، والهوية، والأهمية الوجودية *(7)*.

[1] وفقًا للتصنيف الدولي للأمراض (ICD): السمات النموذجية هي المعايشة المتكررة للصدمة من خلال الذكريات المتطفلة (تكرار الذكريات، استحضار الماضي)، والأحلام أو الكوابيس، التي تحدث على خلفية الشعور المستمر بالخدر والبلادة العاطفية. فضلاً عن اللامبالاة تجاه الآخرين، وعدم الاكتراث بالبيئة، وعدم القدرة على الاستمتاع، وتجنب الأنشطة والمواقف التي يمكن أن تثير ذكريات الصدمة *(20)*. وفي هذا الصدد من المهم الإشارة إلى أن هذه الأعراض قد تكون مجرد تعبير عن مرضٍ ما، إذا استمرت لفترة طويلة من الزمن والتي قد تتراوح بين بضعة أسابيع إلى أشهر.

يُحصى من الميليشيات التابعة للدولة وغير التابعة للدولة، والتي ساهمت بدءًا من عام 2005 في تصعيد العنف في أجزاء عديدة من العراق، من خلال القتل والاغتصاب والاسترقاق والتجويع. هذه الظروف أدت إلى موجة جديدة من الهجرة للمجموعات السكانية المتضررة – خصوصًا إلى المحافظات الشمالية للعراق وإلى الخارج. إن المجتمع العراقي مجزأ بسبب تاريخه الطويل والمعقد من العنف، الذي يفسر التوترات وانعدام الثقة العميق بين مختلف مجموعات المشردين، وكذلك بين المشردين والمجتمعات المضيفة. اللاجئون العراقيون أيضًا لا يعيش منهم في المخيمات سوى أقلية؛ بينما الأغلبية مشتتون في أماكن إيواء مؤقتة في مدن المنطقة.

العديد من اللاجئين والمشردين داخليًا كانوا شهودًا على مجازر وعمليات إعدام وقصف، حتى في أعقاب تنامي قوة ما يُسمى بالدولة الإسلامية (داعش) على الأراضي العراقية السورية. وعانى الكثيرون منهم من التشريد، والاختطاف، والحبس، والتعذيب والاغتصاب. وفقد عدد لا يُحصى من الناس أقاربهم وأصدقاءهم أو أصبحوا يعيشون في حالة من عدم اليقين بشأن مصيرهم. في مخيمات اللاجئين وملاجئ الطوارئ غالبًا ما يؤدي انهيار الهياكل الاجتماعية، والظروف المعيشية المتأزمة، وغياب التوقعات، إلى عنف جديد، خصوصًا تجاه النساء والأطفال. كما ينتشر الزواج القسري، وزواج الأطفال، والاعتداءات الجنسية، والدعارة الجبرية.

في الوضع الحالي للاجئين تتصادم أيضًا المفاهيم الجنسانية المختلفة والتشريعات القانونية المختلفة للمجتمعات المضيفة واللاجئين، مما يؤدي إلى نشوب صراعات. وعلاوة على ذلك يعاني المشردون داخليًا على وجه الخصوص من حالات الحصار، والهجمات على المستشفيات، وما ينتج عن ذلك من صعوبة الحصول على الغذاء والرعاية الطبية. كذلك فإن الفقر والبطالة يُعتبران من عوامل الضغط النفسي الاجتماعي المركزية. يتم بشكل متكرر إعادة تعريف المجموعات السكانية الضعيفة للغاية، من خلال السياق المتغير بشكل متواصل، ومن خلال الظروف الإطارية الاقتصادية. وبالتالي فإن إدراك نقاط الضعف يتطلب إجراء تحليل متكرر للظروف. وبجانب النساء والأطفال، تتضمن المجموعات شديدة الضعف في المقام الأول المراهقون (المتطرفون)، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية والعقلية، والأمراض النفسية، وأصحاب الميول الانتحارية، والأيتام، والناجين والناجيات من العنف الجنسي، والمجموعات السكانية الأخرى المهمشة مثل السحاقيات، والمثليون، ومزدوج التوجه الجنسي، والمتحول الجنسي، وثنائي الجنس (LGBTI) *(13)*.

إن محاولة التخلص من العواقب النفسية الاجتماعية لتجارب العنف – طويلة المدى جزئيًا والمستمرة – بشكل تجريبي، هو أمر شديد الصعوبة من الناحية المنهجية والأخلاقية. وفي كثير من الأحيان تكون الدراسات السريرية والتشخيصات الخاصة بالاضطرابات النفسية بين اللاجئين متكيفة مع الثقافة والسياق بشكل مشروط، في حين أن قياسات تأثير التدابير النفسية الاجتماعية السلسة لا تكاد تُنفذ حتى الآن بسبب عدم وجود أدوات تقييم مناسبة. وبالإضافة إلى ذلك فإن الحركة المتزايدة للناس في سياق التشريد / الهروب تزيد من صعوبة التحليلات طويلة المدى.

لا تكاد توجد أي أرقام موثوقة في البحوث السريرية النفسية أو البحوث السريرية المتعلقة بالطب النفسي؛ نتائج الدراسات تختلف على نطاق واسع وبناءً على ذلك يمكن أن تشير فقط إلى التوجهات. وقد تم اكتشاف وجود إجهاد نفسي عالي، يصاحبه أحيانًا حالات قلق واكتئاب، بنسبة 42% بين عينة عشوائية من اللاجئين في تركيا ولبنان *(16)*. ووجد الباحثون أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) في شخص من كل ثلاثة أشخاص، في مجموعة من اللاجئين السوريين في تركيا، مع قيم أعلى بين النساء والأشخاص الذين عايشوا العديد من الأحداث الصادمة *(17)*. وفقًا للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، فإن 8,5% من اللاجئين في مخيم الزعتري في الأردن، الذين عولجوا من مشاكل نفسية، تظهر عليهم أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) *(18)*.

3. ما هي الاحتياجات النفسية الاجتماعية الخاصة للاجئين والمشردين في سياق الأزمات السورية والعراقية؟

لقد تسببت الحرب الأهلية المدمرة والممتدة في سوريا والصراعات في العراق إلى واحدة من أكبر حركات اللاجئين في عصرنا. فمنذ عام 2011 تم إجلاء حوالي 12 مليون مواطن سوري *(9)* و4,3 ملايين مواطن عراقي *(10)* من مناطقهم الأصلية. وغادر سوريا إلى البلدان المجاورة حوالي 5,6 مليون شخص، كان من بينهم 1,9 مليون طفل. أكثر من 6,1 مليون سوري وما يقرب من ثلاثة ملايين عراقي هم الآن من المشردين داخليًا *(11) (12)*. وبالإضافة إلى الحاجة إلى الدعم الإنساني لهذه الحالات، يواجه العراق أيضًا مشكلة استقبال اللاجئين السوريين وعودة حوالي 46.000 مواطن عراقي من سوريا. وبما أن البنية التحتية المحلية كانت ضعيفة بالفعل حتى من قبل الأزمات السورية والعراقية، فلا يمكن ضمان توفير الخدمات الأساسية للاجئين في العديد من المجتمعات المضيفة بسبب العبء الهائل. كما أن السياسة والاقتصاد والمجتمع في البلاد المجاورة، تركيا ولبنان والأردن، تتأثر بشكل مباشر بالصراعات المسلحة بسبب قبول استضافة اللاجئين والمشردين داخليًا. إن التعامل مع اللاجئين والمشردين في سياق الأزمات السورية والعراقية لا يتأثر فقط بالسياق السياسي والاجتماعي الحالي في الدول والمجتمعات المضيفة، بل يعكس أيضًا مدى تعقيد التاريخ المشترك والممتد لعقود لتجارب العنف على طول خطوط الصراع المختلفة مع المتضررين من مختلف الانتماءات السياسية والعرقية والدينية في الشرق الأوسط.

إن تاريخ الصراعات في سوريا والعراق يتمتع بنفس القدر من التنوع والتعقيد وعدم التجانس الذي يميز العلاقات مع دول الجوار. فبينما اندلعت الحرب في سوريا في بداية عام 2011، وتصاعدت بسرعة كنتيجة للربيع العربي، كان العراق يعاني منذ أكثر من ثلاثة عقود من المواجهات المسلحة (المتكررة)، وقمع واضطهاد مجموعات سكانية مختلفة بسبب الانتماءات السياسية أو الطائفية أو الإقليمية أو العرقية.

كان المجتمع السوري يتميز قبل بدء الصراع المسلح بالتنوع الاجتماعي والاقتصادي-الاجتماعي والعرقي والديني الكبير، الذي ينعكس في مجموعة اللاجئين – إلى جانب العوامل الديموغرافية مثل العمر والجنس. هذه الخصائص المتنوعة تميز الشعور بالانتماء والولاء داخل مجتمع اللاجئين، ولها تأثيرات على الاحتياجات النفسية الاجتماعية، وعلى آليات التكيف وسلوك طلب المساعدة لدى الأشخاص. فعلى سبيل المثال، ازدادت أهمية الانتماء الديني والعشائري

في أعقاب ضعف الدولة *(13)*. إن العدد الكبير من الأطفال الذين التحقوا بالمدارس في سوريا قبل اندلاع الصراع، أو أولئك الذين ولدوا أثناء الهروب وبعده، والذين هم في هذه الأثناء في سن الدراسة، لا يمكن دمجهم بشكل كاف في النظام المدرسي للمجتمعات المضيفة. وهذا الأمر يؤثر سلبًا على الشعور بالحياة الطبيعية وعلى الآفاق المستقبلية للأطفال والمراهقين. عمومًا تعتمد الظروف المعيشية للاجئين اعتمادًا كبيرًا على الرغبة في الاندماج وعلى قدرات البلاد والمجتمعات المضيفة. ففي البلاد التي تتمتع بالفعل بروابط ثقافية واقتصادية قبل الأزمة، تكون هذه الرغبة أكثر وضوحًا *(13)*. يعيش الغالبية العظمى من اللاجئين بهدف الحماية في المناطق الحضرية: حوالي 88% في تركيا، وحوالي 80% في الأردن، و100% في لبنان – فهنا لا توجد مخيمات رسمية للاجئين السوريين *(14)*. وغالبًا ما تختلف احتياجاتهم في نطاق المساعدة النفسية الاجتماعية عن احتياجات الأشخاص المقيمين في المخيمات، بسبب الظروف المعيشية المختلفة. وقد تزايد عدد اللاجئين الذين يعيشون في أماكن إيواء مكتظة بشكل مطرد، مما ساهم في زيادة ضعف اللاجئين *(15)*.

تعرضت مجموعة اللاجئين وعدد كبير من المشردين داخليًا في العراق إلى الاضطهاد المنهجي لعقود. فقد تم قمع مجموعات السكان الفردية، وترويعهم، وتعذيبهم، وقتلهم، بسبب انتماءاتهم السياسية والدينية والعرقية. وقد تسببت الحرب العراقية الإيرانية في الثمانينيات، وحرب الخليج في التسعينيات في وقوع مئات الآلاف من الضحايا، وفي حدوث حركات لاجئين ضخمة. كذلك فإن الغزو الأمريكي عام 2003 وما تلاه من حل للجيش العراقي وتفكك لهياكل الدولة، سمح في وقت لاحق بتكوين عدد لا

4. ما معنى MHPSS في سياق الصراع والتشريد؟

مفهوم MHPSS المستخدم والمتنامي في الحوار الدولي يُقصد به "**Mental Health and Psychosocial Support**"، أي "الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي". وهذا المفهوم هو نتاج لنقاش واسع النطاق حول العمل النفسي الاجتماعي، تم في إطاره أيضًا صياغة المبادئ التوجيهية الخاصة باللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات IASC (*Inter-Agency Standing Committee*). يصف MHPSS جميع التدابير التي تهدف إلى الحفاظ على العافية النفسية الاجتماعية وتحسينها. حيث يتم بشكل متزامن تقديم العديد من خدمات الدعم المتنوعة، التي تتداخل مع بعضها البعض، وبالتالي فهي تتوافق مع تنوع الأعباء والمتطلبات.

يرتبط مصطلح "**العافية**" ارتباطًا وثيقًا بالصحة النفسية، إلا أنه يمتد إلى نطاق أوسع، ويعتمد في تعريفه بشدة على اللغة، والثقافة، والسياق المجتمعي، ونظام القيم للفرد. يجمع مصطلح "**نفسي اجتماعي**" بين النواحي النفسية (الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات) والنواحي الاجتماعية (مقدمو الرعاية للفرد / الجماعة الظروف المعيشية، الثقافة) للتجربة الإنسانية. الارتباط بين الصحة النفسية والعافية النفسية الاجتماعية في مصطلح MHPSS يوضح أن الأمر لا يتعلق أبدًا بالعلاقات الاجتماعية من ناحية والصحة النفسية من ناحية أخرى، بل يتعلق بضرورة النظر إلى دائمًا الصراعات أو الأزمات الاجتماعية والصعوبات النفسية على أنها مرتبطة ببعضها البعض، ولا ينبغي إهمال أحد العنصرين عند المعالجة. تشير العافية النفسية الاجتماعية إلى الحالة الجسدية والعقلية الإيجابية، التي تعزز النمو الشخصي. وهو الأمر الذي يمكّن الشخص من التواصل مع الآخرين بشكل بنّاء، وهي عملية ديناميكية تستمر مدى الحياة

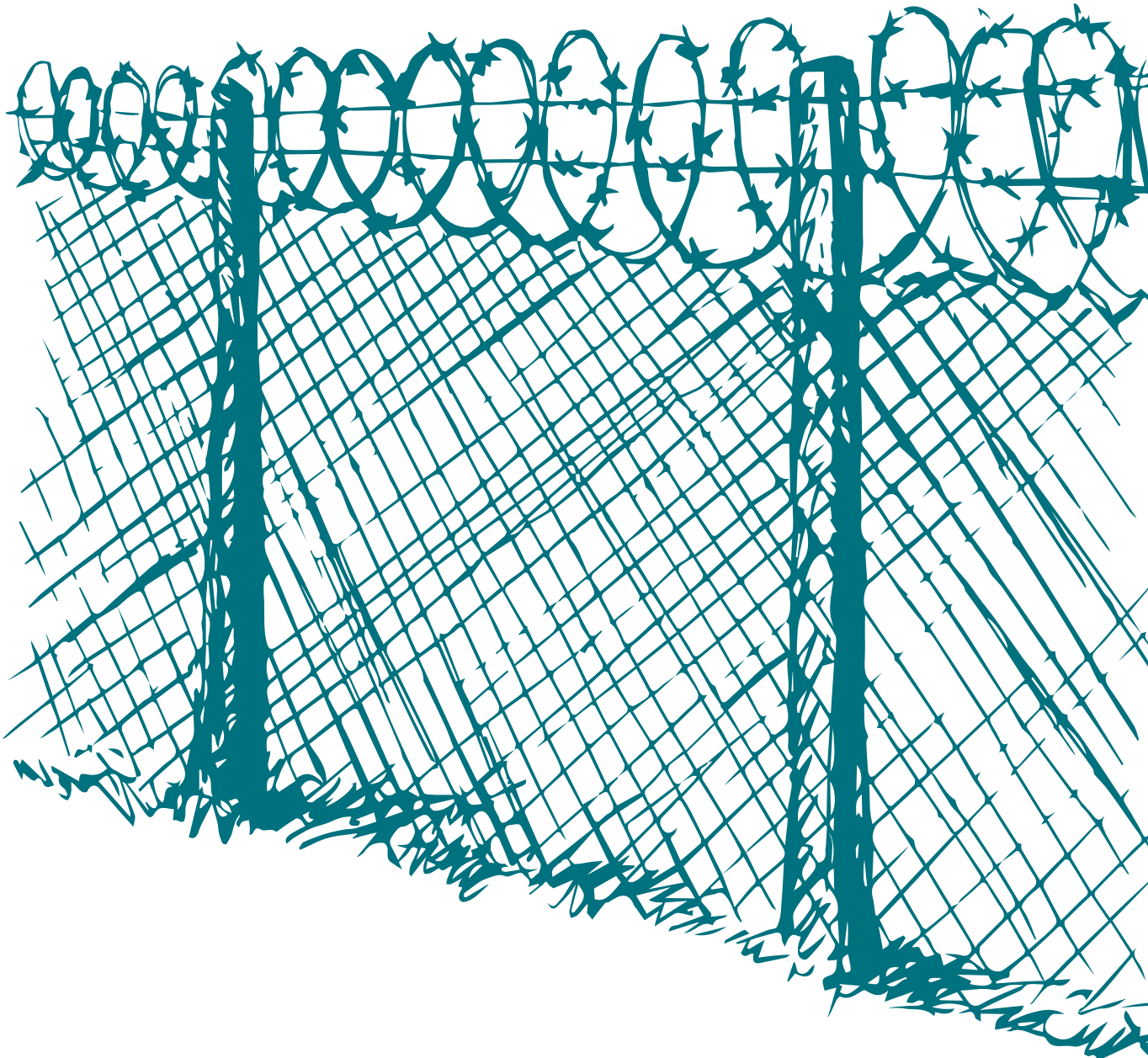
تسعى منهجيات MHPSS للحفاظ على العافية النفسية الاجتماعية للبشر وتحسينها، ومواجهة الاضطرابات النفسية. يتم توفير الدعم المناسب على حسب الاحتياج، وذلك من خلال تدابير متنوعة ومتكاملة *(20)*.

تبعًا للمدرسة العلاجية، تعتمد منهجيات تدابير **العلاج النفسي** على المفاهيم البشرية المختلفة، التي تحدد أسلوب وخطوات العلاج. يتعامل أيضًا العلاج النفسي للأشخاص ذوي التجارب الصادمة مع النواحي النفسية الاجتماعية، ويجعل صعوبات المرضى في تنظيم الأفكار والمشاعر المختلة و / أو إنشاء علاقات شخصية بناءة والحفاظ عليها، هو موضوع العلاج. في العادة يركز العلاج على المرض (النقص)، وعلى كيفية التعامل معه، والتخفيف من الألم. ينبغي أن يتم العلاج النفسي بشكل حصري عن طريق خبراء / خبيرات مدربين بشكل مناسب، وأمكنهم اكتساب خبرات في إجراء العلاج النفسي في إطار تدريبهم، وقبل كل شيء، من خلال الممارسة الخاضعة للإشراف. **التدابير المتعلقة بالطب النفسي**، أي العلاج الطبي للأمراض النفسية، يشمل العلاجات الدوائية، ولذا يجب أن يتم من خلال أطباء / طبيبات أو متخصصين طبيين. عند العمل مع اللاجئين، يهتم المزيد من المعالجين النفسيين / المعالجات النفسيات والأطباء النفسيين / الطبيبات النفسيات بدمج الجوانب النفسية الاجتماعية في علاجهم أو توسيع هذا الاندماج، لتحقيق مزيد من المراعاة لتشابك أعباء مرضاهم / مريضاتهم.

يشمل المصطلح العام "**الدعم النفسي الاجتماعي** " مجموعة متنوعة من المنهجيات، التي تعزز قوة الصمود ، والعافية النفسية، والقدرة الوظيفية للإنسان على المستوى العاطفي والاجتماعي والروحاني والمعرفي والسلوكي، دون اللجوء إلى نموذج العلاج الطبي. يهدف **الدعم النفسي الاجتماعي في سياق التشريد والعنف** إلى إنشاء أماكن آمنة، يمكن للناس فيها زيادة خيارات المعالجة المتاحة لهم، بهدف معالجة الأحداث المسيئة لقيمة الذات بالرغم من الظروف المجهدة والمؤلمة المحتملة، بحيث يتم تجنب العواقب الضارة في الحياة اليومية أو تقليلها إلى حد كبير. يوضع في الاعتبار هنا الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي التاريخ المليء بالأعباء. وفي الوقت نفسه يتم مراعاة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للعبء.

اكتشفت دراسة أجرتها الهيئة الطبية الدولية (2015) أن ثلث المشاركين في الدراسة كان يعاني من مستويات قلق عالية باستمرار *(6)*. وتم اكتشاف معدلات انتشار عالية بشكل خاص تصل إلى 45% للإصابة بالاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) (و44% للاكتئاب) بين أطفال اللاجئين السوريين في تركيا *(19)*.

حتى نتمكن في المستقبل من فحص الإجهادات السريرية وكذلك الإجهادات النفسية الاجتماعية واحتياجات اللاجئين والمشردين داخليًا، فمن المهم تكييف أساليب التقييم الحالية من حيث المحتوى والسياق، والاستمرار في مناقشة الأشكال البديلة لتقييم الأثر، والمفاهيم الأساسية مثل العافية النفسية الاجتماعية، وأهمية توفير مفهوم شامل للصحة النفسية الاجتماعية.



النفسية الاجتماعية للصراع والتشريد؛ ومعرفة الأسس القانونية، وتحليل المشكلات / التشخيص، ومنهجيات التدخل، والتوثيق، والتقييم)، والمعرفة العميقة بالسياق السياسي والثقافي، يتطلب الأمر أيضًا وجود كفاءات أساسية مهمة للمتخصصين في المجال النفسي الاجتماعي، والتي يتم تكوينها بشكل أساسي من خلال التأمل المصاحب للممارسة الاستشارية الخاصة ولنمط الشخصية الخاص (مثلاً عن طريق الإشراف). لذا يجب أن تكون العناصر المركزية للتدريب على كفاءات MHPSS هي التعلم القائم على التجربة، والتأمل الذاتي. تشمل الكفاءات الأساسية ما يلي:

- القدرة على التأمل الذاتي والاستعداد للتدقيق في أنماط السلوك والقدرة والتفكير
- التعاطف والقدرة على تكوين علاقة
- السلوك المتفتح والحساس ثقافيًا، والقدرة على تغيير وجهات النظر
- السلوك المتصف بالمساواة والتضامن والموجه نحو الموارد والتشجيعي تجاه المنتفعين / المنتفعات / المرضى / المريضات
- الحياد، والنزاهة، والسرية
- القدرة على إدارة التواصل ومعالجة الصراعات بشكل حساس ومحترم
- القدرة على الرعاية الذاتية والرغبة في ذلك
- القدرة على البناء على الموارد المتاحة، وتعزيزها
- الشفافية في التصرف مع المنتفعين / المنتفعات / المرضى / المريضات

من الناحية العملية، يمثل الغموض المفاهيمي الجزئي لـ MHPSS تحديًا كبيرًا للجهات الفاعلة. وما يزيد من صعوبة الأمر هو أن العدد المتزايد من الخدمات يؤدي أيضًا إلى زيادة تعقيد المشهد العام للأنشطة وللأطراف الفاعلة. من بين المشاكل الأخرى، وجود منظمات تعمل تحت مظلة MHPSS، بالرغم من أن موظفيها غير مدربين تدريبًا كافيًا في المجال، وبالرغم من أن التدابير الخاصة بها لا تتضمن المكونات النفسية الاجتماعية (الفعالة)، وذلك بسبب التجزئة والغموض المفاهيمي للقطاع. وفي الوقت نفسه، تم اتخاذ قرار واعٍ بين العديد من الجهات الفاعلة في MHPSS ضد الاستخدام الرسمي للاسم، للحيلولة دون وصم المجموعة المستهدفة، ولتسهيل الوصول إلى عرض المساعدة. كلا الاتجاهين يساهم في التعقيد المتزايد للقطاع، ويزيد من صعوبة العرض الموحد لمفهوم MHPSS الشمولي.

تتميز تدابير الدعم النفسي الاجتماعي بأنها تنظر إلى النواحي التالية باعتبارها أمورًا حاسمة في تعزيز راحة اللاجئين، وبالتالي فهي تسعى إلى تحقيقها:

- تعزيز الاستقرار، وتقليل التوتر، أولاً عن طريق استهداف تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الحماية، والأمان، وضمان إمدادات الماء والغذاء،
- تقوية العلاقات البناءة بين الأشخاص، التي تسهل الاعتراف الاجتماعي والدعم المتبادل وإعادة بناء هذه العلاقات،
- استحداث إطار، يتمتع فيه الفرد و / أو المجموعة بفرصة تجربة الفعالية الخاصة والدور الإيجابي في البيئة الاجتماعية، وإدراك الاحتياجات ونقاط القوة والضعف الذاتية والخاصة بالآخرين،
- تنشيط الموارد الشخصية والاجتماعية للشخص، التي توفر الدعم عند التعامل مع الحياة اليومية وعند دمج التجربة في الصورة الذاتية وصورة العالم،
- استعادة الكرامة، والعدالة، والسيطرة، والاستقلالية،
- دعم إنشاء أهداف وخطط حياتية جديدة، لجعل الحياة مفيدة وثرية، ومنسجمة مع القيم (المشتركة بين مجموعة مرجعية).

تدابير الدعم هذه سلسة إلى حدٍ كبير، ومستقرة غالبًا على مستوى المجتمع المحلي. فهي تهدف إلى الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الناس. وغالبًا ما توجد هذه التدابير في قطاعات الصحة والتعليم والعمل الاجتماعي أو يتم دمجها بشكل مكمل للتدابير في القطاعات الأخرى – مثل توليد الدخل، وتعزيز العمالة، والتعليم والتدريب التكميلي. إذا لم يعد الشخص قادرًا على تحمل الأعباء والتعامل مع حياته اليومية بالرغم من الالتزام بالعروض النفسية الاجتماعية السلسة، فنحن نتحدث في هذه الحالة عن اضطراب نفسي أو مرض. هذه الأمراض يتم تسجيلها، مثل جميع أعراض الأمراض الجسدية، في أنظمة التصنيف الدولية، ويتم التعامل معها عن طريق تدابير العلاج النفسي أو التدابير المتعلقة بالطب النفسي *(20) (21)*.

غالبًا ما يتم تنفيذ التدابير النفسية الاجتماعية من قِبل الأخصائيين الاجتماعيين / الأخصائيات الاجتماعيات٢، والمعلمين / المعلمات، القادة الروحيين[2]، والعاملين / العاملات في المنظمات غير الحكومية. ينبغي أن يتمتع هؤلاء الأشخاص بالمؤهلات والقدرات التي قد تختلف عن تعليم العلاج النفسي، ولكنها مع ذلك توفر أساسًا للتأثير الإيجابي على التفاعلات الاجتماعية المدمرة، وتدعم الآخرين على إعادة بناء الصورة الذاتية وصورة العالم بشكل بناء – مثلاً من خلال تحقيق الاستقرار والتمكين وإنشاء أماكن آمنة للمعالجة وتصميم علاقات بناءة.

بالإضافة إلى الكفاءات المتخصصة (التي تتضمن المعرفة بالنظريات / النماذج النفسية، والعواقب

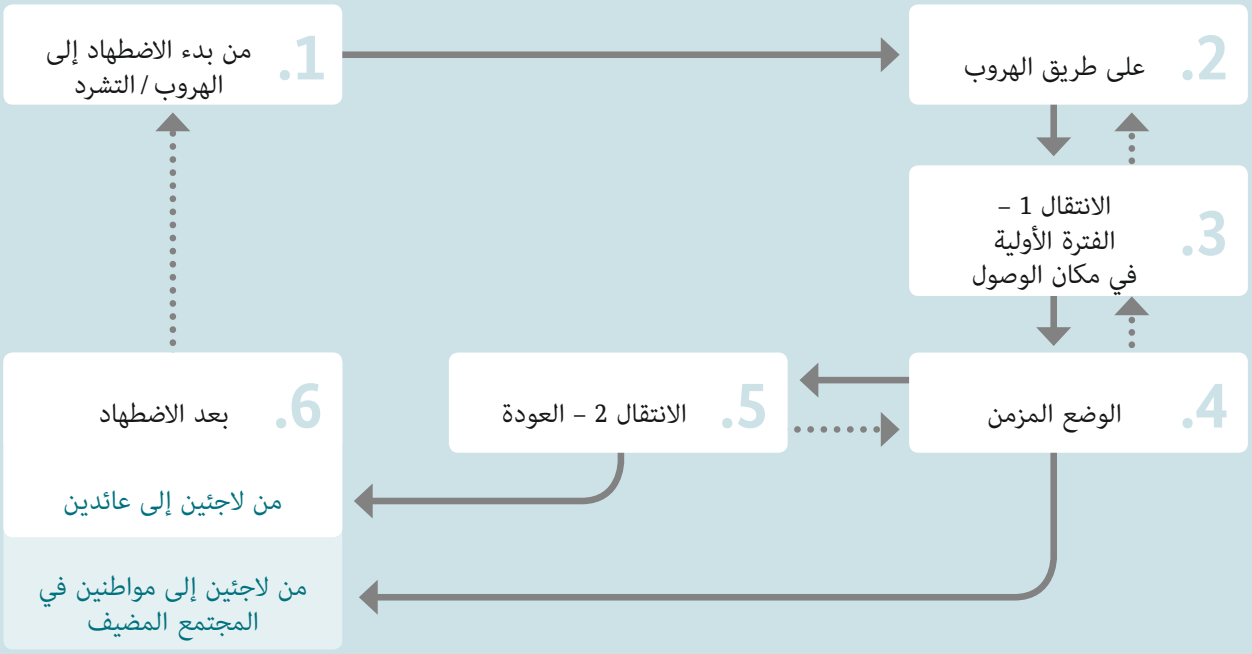
[2] لا يتم تدريب المجموعة المهنية الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين/الأخصائيات الاجتماعيات بشكل موحد في دول الشرق الأوسط (يتم تدريس مهارات مختلفة في كل بلد)، لذا لا يمكن افتراض تنفيذ إجراء PSS معياري هنا.

هذا الترتيب الجديد للأولويات في العملية أكثر تعقيدًا من مفهوم الحدث الصادم الفردي، لكنه أكثر إنصافًا لوضع الناجين، لأنه يفكر دائمًا في المسؤولية الاجتماعية، والتي تُعتبر ضرورة أخلاقية، خاصة في ضوء الماضي الألماني. إن الإمكانية الداعمة الظاهرة بوضوح نتيجةً لهذا الإدراك لا تلقي بمسؤولية التغلب على التجارب الصادمة على عاتق الفرد المتضرر وحده، بل تنظر أيضًا إلى واجب المجتمع والسياسة. وهو أمر ذو أهمية عالية للتعاون التنموي على وجه الخصوص. وبالمثل، فإن إشراك السياسة والمجتمع يوفر أيضًا إمكانية تقليل المسؤولية وبالتالي تقليل العبء على الفرد، وتعزيز الترابط في المجتمع وفي عمليات السلام.

تم تكييف نموذج كايلسون مع سياق اللاجئين على النحو التالي، حيث تم إبراز التسلسلات التالية، أي المواقف الصادمة المميزة: *(25) (3)*:

اللجوء و التشرد كصدمة تسلسلية

توسيع مفهوم هانز كايلسون



قد تختلف تفاصيل **التسلسلات الستة** الموصوفة في هذا التوسيع لنموذج كايلسون، وقد تتراجع بالاتجاه أيضًا في بعض الأحيان، كما تُظهر الأسهم المنقطة. لذا يمكن أن تتكرر دائرة العودة إلى **التسلسل الصادم الثاني** للهروب، والذي يتحول عند الوصول إلى بلد آخر أو إلى مكان آخر في نفس البلد إلى **التسلسل الصادم الثالث** – الفترة الأولية في مكان الوصول – ومع الإقامة لفترة طويلة في هذا

5. ما هو مفهوم الصدمة الذي ينبغي أن يشكل أساس التعاون التنموي الألماني؟

السياق المهدد المستمر وعدم الاندماج في مجموعة مرجعية وقائية يستلزم من اللاجئين القيام بأعمال تكيف وإعادة توجيه شاملة. وفي الكثير من الحالات لم تعد أنماط التأقلم المجربة كافية لمواجهة التحديات المستمرة. يأمل الكثير من اللاجئين في المقام الأول في تحسين ظروفهم المعيشية الصعبة. فهم يركزون على البقاء الحالي على قيد الحياة، وقد يبدو أحيانًا أن تجارب الاضطهاد والدمار التي مروا بها تلعب دورًا ثانويًا فقط، إلا أنها يمكن أن تظهر في المقدمة في أي وقت. غالبًا لا يغطي مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) تجارب معاناة المتضررين بالشكل الكافي، لأن التركيز على كتالوج أعراض محدد وضيق١ لا ينصف تعقيد تجارب الإجهاد المتنوعة والمستمرة. يجب أن ينصب التركيز على التجارب الصادمة القاسية المختلفة بشكل فردي، وعلى العمليات طويلة المدى لدمج التجارب، ومحاولات البقاء، والخسائر، والجهود الجديدة المبذولة بشكل متكرر للتعامل مع كل هذا.

إن ميزة عدم التعامل مع الصدمة على أنها حدث فردي له نتائجه المحتمة، بل فهمها كعملية طويلة المدى ضمن سياق اجتماعي وسياسي وقانوني معين، تكمن في التوافق مع واقع حياة اللاجئين، بدلاً من الاقتصار على رؤية ثابتة، موجهة للأعراض فقط، تؤدي إلى إهمال العوامل السياقية الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والقانونية إلى حد كبير. هذا الفهم الأوسع للصدمة يوفر أيضًا إمكانية لتحسين العلاج السريري للمرضى المصابين بصدمات نفسية في إطار جهود العلاج النفسي أو الجهود المتعلقة بالطب النفسي. إذا كانت التدخلات السريرية مكملة لأنشطة الدعم الاجتماعي أو مدمجة بها، وكان الاهتمام في العلاج منصبًا أيضًا على العواقب والخصائص النفسية الاجتماعية المحدَّدة للهروب والتشريد، فمن الممكن فهم احتياجات المجموعة المستهدفة بشكل أفضل ومعالجتها. ينبغي أن يستهدف التعاون التنموي الألماني في المقام الأول الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الناس، من خلال تدابير الدعم النفسي الاجتماعي، وذلك بالطبع دون تجاهل الاحتياجات السريرية المحددة. ومن خلال تنمية القدرات المستهدفة والمكيفة حسب السياق ينبغي أن يتم تلبية الطلب المرتفع على الرعاية عبر الطيف الكامل لـ MHPSS.

أثبت نموذج هانز كايلسون للصدمة التسلسلية *(22)* ريادته في مجال التعاون التنموي الألماني بفضل منهجيته المدركة للسياق وللمجتمع. وذلك لأن فهم كايلسون للصدمة كتتابع لتسلسلات زمنية مختلفة، بدلاً من التركيز على تجربة العنف الأصلية الفردية، يوفر صورة أكثر شمولاً عن تتابع تجارب الصدمات المتعددة طويلة المدى، وعن تأثيراتها على العافية النفسية الاجتماعية *(23)*. أثبت كايلسون في بحثه الذي أجراه مع الأيتام اليهود من الحرب العالمية الثانية في هولندا، أن الأمر لا يتعلق بالتسلسلات الأولى فقط، والمقصود بها هنا الاحتلال العدائي لهولندا مع بداية الإرهاب ضد الأقلية اليهودية، والاضطهاد المباشر لاحقًا، ومن ثَم ترحيل الآباء والأطفال أو فصل الأم عن الطفل، بل يتعلق كذلك وبشكل أساسي بفترة ما بعد الاضطهاد، والتي تمثل جزءًا أساسيًا من التجربة الصادمة، و"يعتبرها الكثيرون الفترة الأكثر عدوانية وإيلامًا في حياتهم" *(23)*. وقد بيّن كايلسون أن مسار تسلسل ما بعد الحرب أكثر أهمية من شدة الصدمة في التسلسلات السابقة، بالنسبة للآفاق الصحية للناجين *(24)* *(25)*.

يتضمن مفهوم كايلسون تغييرًا أساسيًا في فهم الصدمة:
"فبدلاً من النظر إلى حدث له عواقب، أصبح لدينا الآن عملية، يكون فيها وصف الوضع الصادم المتغير هو الإطار الذي يحدد كيف نفهم الصدمة" *(25)*.

6. ما الذي تعلمناه بالفعل عن منهجيات MHPSS في سياق الحرب والهروب، وكيف يمكن تصميم الدعم النفسي الاجتماعي للاجئين والمشردين داخليًا في سياق الأزمات السورية والعراقية؟

قامت (IASC) بتطوير نموذج، يُعتبر الإطار المرجعي للعمل النفسي الاجتماعي في سياق الأزمات والصراعات، على المستوى الدولي منذ عام 2007. يتكون النموذج من أربعة حقول تدخّل متشابكة، تظهر في شكل هرم (26). لا يتضمن هذا الهرم تدرجًا هرميًا نوعيًا؛ بل يتم إجراء MHPSS بشكل مثالي على جميع المستويات الأربعة في الوقت نفسه.

غالبًا ما يتكون العمل النفسي الاجتماعي في **الحقل 1** من تقديم المشورة لمقدمي الخدمات، حتى يمكنهم دمج منهجية MHPSS في تدخلاتهم. وهذه التدخلات عبارة عن توفير السلع الأساسية، وإعادة بناء البنية التحتية الأساسية لتأمين الاحتياجات المادية الأساسية (الغذاء، والسكن، والمياه، والرعاية الصحية الأساسية). وغالبًا ما يتم تقديم الخدمات المذكورة في سلسلة متصلة من المساعدة الإنسانية والتعاون التنموي طويل المدى. من خلال تضمين منهجية MHPSS، يتم عند تلبية الاحتياجات الأساسية ضمان تجنب العواقب السلبية (مثلاً لمنع تكوّن التبعيات أو تعزيزها)، وضمان التوجه نحو الاحتياجات مع التعامل بطريقة حساسة للنزاعات وللصدمات (مثل التأكد من إمكانية وصول النساء والفتيات إلى المراحيض في مخيمات اللاجئين واستخدامها بأمان، وتوزيع مواد الإغاثة بطريقة لا تسبب للمتلقين الشعور بالتوسل)، وضمان وجود حساسية عامة للجوانب النفسية الاجتماعية. ولتحقيق العافية النفسية الاجتماعية للناس، يُعتبر التوفير الآمن للسلع الأساسية بهدف تأمين الاحتياجات المادية الأساسية، أمرًا لا غنى عنه.

دون ضمان الوصول إلى الموارد الضرورية للبقاء، يعيش الناس في قلق مستمر وتوتر، بخصوص كيفية ضمان بقائهم على قيد الحياة. وأحد الأمثلة الإقليمية على هذا المستوى هو الوعي المتزايد بإدارة المخيم الحساسة. وتشمل التدابير، التي تم تنفيذها بالفعل في العديد من البلاد، على سبيل المثال نشر المعلومات المستهدفة والدورية للاجئين الجدد، وتكييف معايير الإقامة في المخيمات، للسماح بالمقارنة بشكل أفضل وتجنب الصراعات.

بالإضافة إلى الدعم عند إقامة علاقات مستقرة، يتضمن **الحقل 2** أمورًا أخرى من بينها إنشاء أو تعزيز أماكن آمنة للتواصل و الحوار المجتمعي، وتعزيز جمع شمل الأسر وتدابير الدخل والتوظيف. فعلى سبيل المثال تعمل المشاريع المنفذة في المنطقة على تعزيز الترابط الاجتماعي من خلال توفير أماكن عامة مثل "حدائق الأسرة"، وتحسين الوصول إلى استخدام الهواتف المحمولة، والتثقيف النفسي من خلال عرض مشاريع رياضية وموسيقية للشباب.

في **الحقل 3** يتم تعيين الدعم الأكثر استهدافًا وغير المتخصص للأفراد أو الأسر أو المجموعات من قِبل الأخصائيين الاجتماعيين / الأخصائيات الاجتماعيات المدرَّبين والمرافقين، وعمال المجتمع، ومقدمي / مقدمات المعلومات. تم في بعض الدول المضيفة على سبيل المثال تطوير وتكييف بروتوكولات لإدارة الأزمات وتوجيهات للمساعدة الذاتية.

المكان يمكن أن يؤدي هذا إلى الانتقال إلى **تسلسل الصدمة الرابع** – إزمان الوضع المؤقت. لكن المهم هو إدراك أن حياة اللاجئين يجب فهمها وتصنيفها على أنها تتابع لهذه التسلسلات، وأنها تخضع دائمًا لتأثير العوامل السياسية والاجتماعية والقانونية. وهكذا فإن التوقع بأن اللاجئين لم يتعرضوا لصدمات نفسية إلا في بلادهم الأصلية فقط، هو توقع خاطئ. فعلى العكس تمامًا، يجب أن يكون مفهومًا أن الاستقبال في بلد مضيف آمن، والذي يمكن أن يحدث في **التسلسل الصادم الثالث**، قد لا يمثل في ظروف معينة إلا التسلسل الصادم التالي، فعلى سبيل المثال، فإن عدم اليقين طويل المدى في إجراءات اللجوء، والآفاق المستقبلية غير المؤكدة، يمكن أن تؤدي إلى خلق حالة من الوضع المؤقت المحبط، وتؤدي إلى تشكيك كبير في **التسلسل الصادم الرابع**.

في **المرحلة الخامسة والسادسة** أيضًا يتوقف الأمر بشكل أساسي على كيفية نجاح الاندماج (إعادة الاندماج) الشامل للاجئين في المجتمع المضيف (المضيف مرة أخرى)، بحيث لا يتعرض اللاجئون لتسلسلات صدمات أخرى. وفي هذا السياق تتعلق المسؤولية السياسية والاجتماعية بخلق آفاق مستقبلية وتمكين المشاركة الاجتماعية، من أجل استعادة الشعور بالأمان والانتماء. لتحقيق العافية النفسية الاجتماعية للاجئين والمشردين داخليًا فمن الضروري السماح لهم بتحديد وقت العودة وتصميم الخطوات المتعلقة بذلك، بأنفسهم. وهنا يساعد دعم المنطقة المضيفة والمنطقة الأصلية للعائدين / العائدات من اللاجئين / اللاجئات و المشردين / المشردات داخلياً على تخفيف العبء.

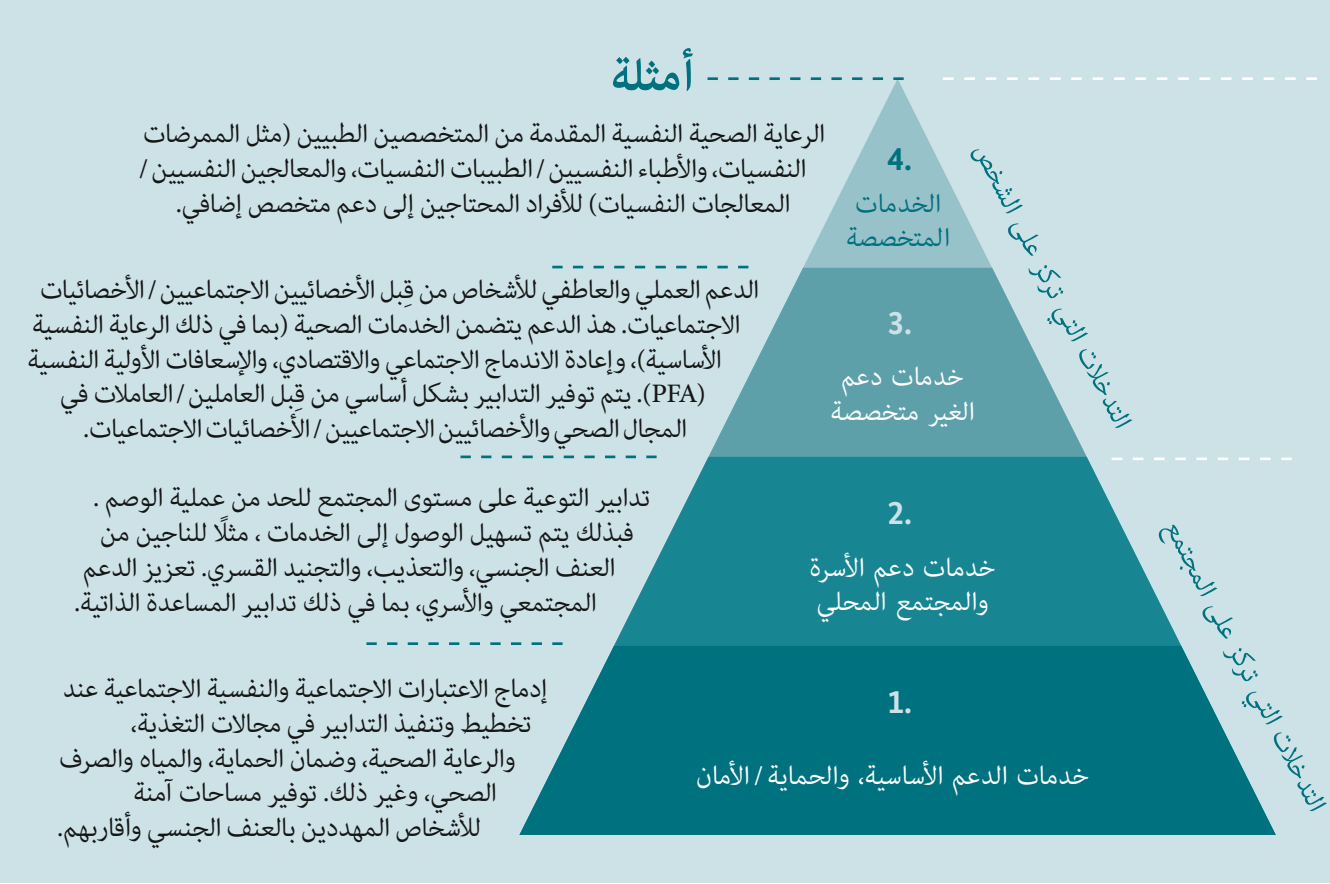
تدابير العودة، التي تم تصميمها بحيث تمثل نوعًا من الإكراه والخطر على الباحثين عن الحماية والضعفاء، أو التي تحد من استقلالية اللاجئين، أو التي تعمل على عودتهم ضد إرادتهم، يمكن أن تعني تجربة فقدان أمان وجودية جديدة، وتؤدي بالتالي إلى تسلسل صادم آخر. فالطواعية الحقيقية، أي توفير فرصة العودة أو البقاء في المجتمع المضيف، هي إحدى الشروط الأساسية لإعادة بناء الثقة والآفاق المستقبلية، واستعادة السيطرة والكفاءة الذاتية. أما انتهاك قدرة الباحثين عن الحماية على اتخاذ القرار، من خلال العودة المنظمة والتي لا تقدم بديلاً مدعومًا، فلا يمثل مجرد خطر على الفرد فحسب، بل وعلى الالتزام الاجتماعي بالإنسانية والعدالة والتضامن. والعواقب المجتمعية المترتبة على الافتقار إلى البدائل منخفضة القيمة هي عواقب بعيدة المدى، وتعزز مناخًا سياسيًا يسمح بوجود آليات الإقصاء.

تؤدي تجارب العنف والخسائر في حالات معينة إلى الإجهاد النفسي الذي ينعكس على شكل مرض، وهذا الأمر يعتمد بشكل أساسي على قدرة الشخص على اتخاذ القرار، وكذلك أيضًا على البيئة الاجتماعية المحيطة. يمكن توفير الظروف المواتية للتعامل الصحي نسبيًا مع المعاناة الذاتية في بيئة اجتماعية، تتفاعل (تستجيب) بشكل مدعم ومتفهم ومقدر، مما يسمح ببناء الثقة (الذاتية) من جديد، والتي لا تنكر نوعية المعاناة، ولا تعمل على تعزيز الأمراض. كذلك فإن الظروف المعيقة، مثل انعدام الأمان، والوصم، والمعاناة من الرفض، والكفاح المتجدد من أجل البقاء، وتجارب الإساءة المتجددة، وفقدان السيطرة، والخيانة، تمثل أعباءً إضافية. يجب على التدابير النفسية الاجتماعية الاعتراف بعمق وشدة الإصابات من ناحية، ومن ناحية أخرى، يجب تقدير وتعزيز قدرة هؤلاء الناجين على مواصلة التعامل كأشخاص مستقلين. ولذلك يجب توجيه الخدمات النفسية الاجتماعية إلى الموارد الموجودة، ودمج وتعزيز هياكل الدعم الأسرية والاجتماعية القائمة، وأخيرًا إعطاء الأولوية للاعتراف بالمتضررين وتمكينهم، ليس فقط فيما يتعلق بأهداف العمل النفسي الاجتماعي، ولكن أيضًا من حيث الأساليب والتقنيات المتخصصة المستخدمة.

في سياق العنف والهروب المستمر إلى البلاد المستقبلة الأولى ذات الموارد الشحيحة، لدرجة أنه لا يوجد في المعتاد دعم نفسي اجتماعي كافٍ حتى بالنسبة للسكان المحليين، ينبغي تصميم تدابير ذات تأثير واسع النطاق قدر الإمكان. ويتم تحقق هذا في المعتاد من خلال الأنشطة المجتمعية. وفي السياقات غير الآمنة والديناميكية للغاية، يجب أيضًا مراعاة أنه لا ينبغي بدء المعالجات النفسية في الحقل 4 إلا إذا كان بالإمكان إتمامها، وهو الأمر نادر الحدوث مع المشردين بسبب الأوضاع المعيشية غير المستقرة أو الهروب المستمر[3]. لذلك، ففي إطار التعاون التنموي في سياق الأزمات السورية والعراقية غالبًا ما تكون تدابير الدعم النفسي الاجتماعي للاجئين في الحقول 1 إلى 3، والتي تصل إلى العديد من الناس مع موارد شحيحة، أكثر ملاءمة واستدامة.

إلا أن هذا لا يعني بأي حال من الأحوال، عدم الحاجة إلى دعم متعلق بالطب النفسي أو دعم نفسي محدد على المستوى الفردي. فالكثير من الناس لديهم أعراض تستحق الاهتمام الخاص من الخبراء / الخبيرات بالتأكيد – لكن هذا الأمر غير ممكن في كثير من الأحيان بسبب وضع الرعاية السيء. وهكذا، فحتى مع المشاكل الخطيرة، كثيرًا ما يعمل أشخاص ليس لديهم معرفة نفسية خاصة أو معرفة متعلقة بالطب النفسي كمسؤولي اتصال أولى (مثلاً في المخيمات أو المدارس). وبالتالي، فالأهم هنا هو التوعية بالأمراض النفسية والمنهجيات النفسية الاجتماعي حتى لدى الجهات الفاعلة، التي لا تعمل بشكل علاجي متخصص، بل تعمل في الحقول 1 إلى 3. في حقيقة الأمر فإن أغلب المشاكل النفسية الاجتماعية لا تتطلب تدخلًا علاجيًا سريريًا في الحقل ٤، بل هي تنتج عن الوصم، وفقدان الأمل، والحزن، وانعدام الجذور، والفقر المزمن، وعدم القدرة على الوصول إلى عروض الرعاية، والنظام المرجعي الاجتماعي المدمر *(27) (13)*. هذه الصعوبات يمكن أيضًا التعامل معها في الحقول الثلاثة السفلى للهرم، حيث ينبغي تنشيط قوى الشفاء الذاتي للشخص من خلال تقوية المجتمع الاجتماعي *(28)*.

[3] ينبغي بالطبع ضمان الرعاية النفسية الدوائية المستمرة للمرضى/ المريضات (مع الأمراض الموجودة مسبقًا).



يوفر **الحقل 4** عروضًا علاجية متخصصة من قِبل متخصصين طبيين ونفسيين، للأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج نفسي أو علاج متعلق بالطب النفسي طويل المدى، بسبب الشعور الشديد بالعجز حياتهم اليومية. ويتم حاليًا في المنطقة تنفيذ تدابير لزيادة التدخلات العلاجية، ومواصلة تطوير المناهج الأكاديمية، لتلبية احتياجات العلاج السريري المتخصص.

يُفهم النموذج الهرمي باعتباره نموذجًا شموليًا، ينبغي فيه تنفيذ التدخلات في الحقول الأربعة في نفس الوقت، لمعالجة الاحتياجات المختلفة، ولمراعاة عدم تجانس المجموعة المستهدفة. هناك ضرورة لوجود إجراء حساس للصدمات في جميع الحقول، ليُستخدم كمنهجية مركزية عند تعزيز التفاعلات البناءة بين الأشخاص في الحياة اليومية. لا يقدم النموذج أي بيانات تشير إلى أن التدابير في أحد حقول الهرم أكثر جدوى أو أكثر فعالية بشكل عام من التدابير في الحقول الأخرى. بل ينبغي اتخاذ التدابير المناسبة وفقًا للسياق المحدد، وينبغي أن تكون ذات تأثير واسع النطاق قدر الإمكان، وأن تكون مترابطة. يمثل الهرم منهجية شاملة للصحة النفسية الاجتماعية، وهو ما يعني ضرورة تلبية ودعم حقوق الإنسان مثل الصحة النفسية، والتنمية الشخصية، وتوفير المواد الغذائية الأساسية، والمياه، والحماية، والنوم، وما إلى ذلك، في نفس الوقت وبصورة متساوية. وبهذا الفهم، ينبغي على الجهات الفاعلة في التعاون التنموي الألماني، الناشطين في مجال MHPSS في سياق الأزمات السورية والعراقية، الاسترشاد بهرم التدخل التابع للجنة IASC. ولمواجهة خطر إساءة تفسير الهرم يمكن للمرء أن يتخيل النموذج كعروض متداخلة، تتمتع مكوناتها بأولويات مختلفة، لكنها تجمع التخصصات الضرورية من الأنواع المختلفة في جميع المجالات، لإنشاء عرض رعاية نفسية اجتماعية شامل. في النموذج البديل يتم أيضًا تضمين خدمات أخرى عالية التخصص في الحقل ٤ بجانب الخدمات السريرية، خلافًا لهرم IASC.

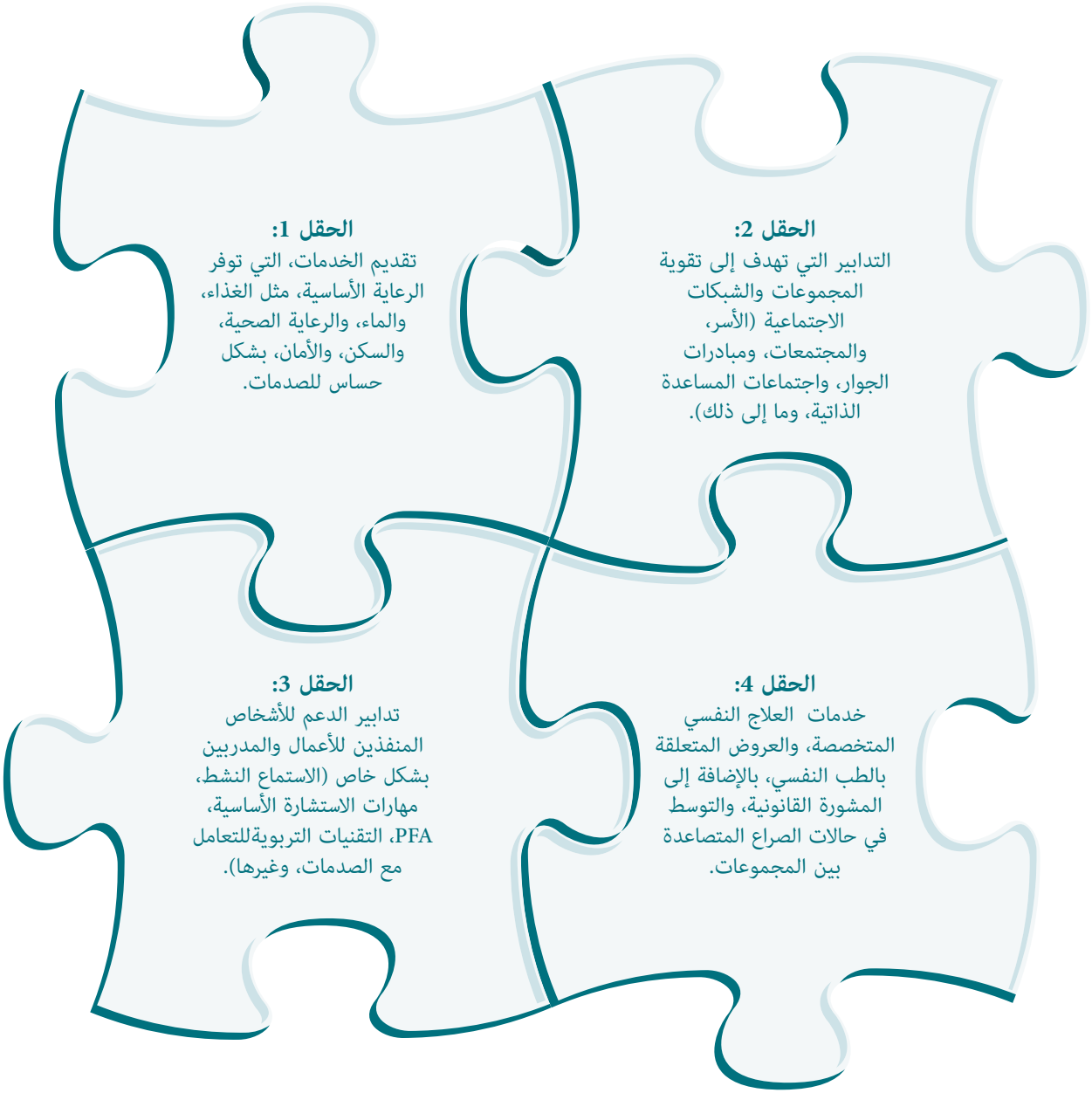
7. كيف تبدو الممارسة العملية للتعاون التنموي الألماني؟

توجد العديد من منهجيات الدعم النفسي الاجتماعي MHPSS عند العمل مع اللاجئين. هذه المنهجيات تمتد من تمارين التنظيم الذاتي والمهاراتا الاجتماعية، مرورًا بالتعبير عن تجربة الهروب / اللجوء عبر المسرح، والشعر، والصور، والألعاب التعليمية، والرياضة، والرقص، وتقنيات الاسترخاء، وصولاً إلى العروض العلاجية عالية التخصص السريرية والمركزة على الصدمات. كما تشمل منهجيات MHPSS أيضًا الوصول إلى المساعدة القانونية، والكشف عن الجرائم، والوصول إلى الحقيقة، وملاحقة الجناة، وهي الأمور التي يمكن أن تساعد على التعافي النفسي. وقد اتضح أن بناء مراكزمجتمعية والمعلومات هو أحد التدابير المناسبة بشكل خاص لتعزيز العافية النفسية للمتضررين، لأنه يتيح الفرصة للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين في اطار آمن . كما يمكن في مثل هذه المراكز أيضًا تقديم المشورة بشأن مجالات حياتية معينة، مثل الرعاية الطبية أو دخول الأطفال للمدارس، و الحصول على المعلومات المطلوبة لتلبية احتياجاتهم المختلفة.

يمكن تخصيص الأمثلة التالية من التعاون التنموي الألماني في الحقول المختلفة لهرم التدخل:

الحقل 1 – المنهجيات النفسية الاجتماعية في الرعاية الأولية، والسلع الأساسية، والأمان
يتعلق الأمر هنا بخلق نوع من الوعي والتفهم والقبول لتدابير MHPSS (التأييد) لدى الجهات المانحة والمجتمعات المحلية في مجال المساعدات الإنسانية والتعاون التنموي، والاهتمام عند إعادة تأسيس الأنظمة المدمرة (البنية التحتية، التعليم، الصحة، وغيرها)، والتأكيد على أن MHPSS تُعتبر قضية شاملة وأن التدابير يتم تنفيذها بحكمة واحترام ووفقًا للاحتياجات النفسية الاجتماعية للمتضررين.
يمكن إدراك هذا الوعي الناجم عن دمج منهجية MHPSS، وذلك مثلاً من خلال،

- مشاركة المتضررين في تقديم العروض بفاعلية، والسيطرة على أوضاعهم الخاصة في جميع الأوقات،
- تجنب الوصم وتصنيفات الضحايا عن طريق استخدام الخدمات ،
- وضع التدابير الخاصة بتوفير السلع الأساسية في اعتبارها أن الأشخاص المحملة بأعباء شديدة لا يتم الوصول إليهم غالبًا عند توزيع مواد الإغاثة، بسبب ميلهم للانسحاب أو فقدانهم الشديد للثقة، ولذا يجب فتح طرق وصول أخرى،
- تصميم تدابير التعليم بحيث تتوافق مع ضعف القدرة على التركيز وعلى معالجة المعلومات لدى الشباب ذوي التجارب الصادمة،
- معرفة أن النساء والرجال ذوي تجارب العنف غالبًا ما يبتعدون عن النظام الصحي خوفًا من الوصم، في حالة عدم وجود منهجية تقدم معلومات نفسية اجتماعية، أي منهجية توعوية في مجال الرعاية الصحية.


الحقل 1:
تقديم الخدمات، التي توفر الرعاية الأساسية، مثل الغذاء، والماء، والرعاية الصحية، والسكن، والأمان، بشكل حساس للصدمات.
الحقل 2:
التدابير التي تهدف إلى تقوية المجموعات والشبكات الاجتماعية (الأسر، والمجتمعات، ومبادرات الجوار، واجتماعات المساعدة الذاتية، وما إلى ذلك).
الحقل 3:
تدابير الدعم للأشخاص المنفذين للأعمال والمدربين بشكل خاص (الاستماع النشط، مهارات الاستشارة الأساسية، PFA، التقنيات التربويةللتعامل مع الصدمات، وغيرها).
الحقل 4:
خدمات العلاج النفسي المتخصصة، والعروض المتعلقة بالطب النفسي، بالإضافة إلى المشورة القانونية، والتوسط في حالات الصراع المتصاعدة بين المجموعات.

مثال "كرة القدم كتدبير نفسي اجتماعي": تُعتبر لعبة كرة القدم بين الشباب على سبيل المثال تدبيرًا نفسيًا اجتماعيًا من المستوى ٢، إذا تم تصميمها وتنفيذها بحيث توفر مساحة لخبرات اللاعبين / اللاعبات التالية:

- التعاطف
- العدالة
- التعاون
- السيطرة
- التمكين
- الشعور بالانتماء والاندماج في مجموعة
- الامتثال للقواعد دون الشعور بعدم الراحة
- تجربة الحلول الإبداعية والخالية من العنف
- تطبيق التواصل البناء وإستراتيجيات تحقيق الأهداف
- التفكر في كيفية التعامل مع المشاعر الخاصة
- التمتع بالنجاح، والتسامح مع الإحباط عند الفشل، وما إلى ذلك.

لا يمكن اعتبار هذه الأمور مسلمًا به، في لعبة يقودها مدرب / مدربة دون تدريب على الدعم النفسي الاجتماعي، حيث أن اللعبة تتضمن أيضًا إمكانية تفاقم صور العداء، والتهديدات، وانعدام الثقة، والإقصاء، ومضايقة اللاعبين الفرديين / اللاعبات الفرديات، وتصور فقدان السيطرة والضعف، أو إطلاق العنان للتصرفات العدوانية والميول المدمرة تجاه الفريق المنافس أو زملاء / زميلات الفريق. ففي هذه الحالة، لن يمكننا الحديث عن تدابير PSS، بل سنعتبر لعبة كرة القدم بمثابة تعزيز للصراع أو عدم التمكين لفريق أو للاعبين فرديين.

مثال من التعاون التنموي الألماني في الشرق الأوسط. منذ عام 2011 تدعم منظمة Save the Children (أنقذوا الأطفال) في لبنان مشاريع تعزز أنظمة حماية الطفل المجتمعية. يعيش حاليًا في لبنان قرابة 1,5 مليون لاجئ – أكثر من 50% منهم من الأطفال. والكثير من هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الدعم النفسي الاجتماعي بعد تجربة الهروب. فمن ناحية تستخدم منظمة Save the Children مفهومها الموثوق الخاص بأماكن الحماية واللعب، للاستجابة للاحتياجات الفورية والعاجلة للأطفال اللاجئين وأسرهم. وقد تم تأسيس هذه الأماكن الملائمة للأطفال بجوار مراكز التسجيل، وهي تمكّن الأطفال من العثور على روتين مستقر وتسمح لهم بأن يصبحوا أطفالاً مرة أخرى، من خلال الأنشطة المستهدفة ومفهوم المكان الموجه نحو الاحتياجات. وفي الوقت نفسه تُستخدم هذه الأماكن كنقطة دخول للمشرفين المدربين، للتعرف على الحالات ذات الاحتياجات الخاصة، وخبرات العنف والإساءة، وغيرها من مخاطر حماية الأطفال، وإعداد إدارة الحالات الفردية عند الحاجة. يتم إحالة الحالات الفردية إلى مقدمي الخدمات المتخصصة والمنظمات المتعاونة تبعًا لخصائصها وبالتنسيق مع الأسر. وفي الوقت نفسه يستخدم فريق العمل المتخصص التابع لمنظمة Save the Children أماكن الحماية واللعب لتوعية الملتزمين بالرعاية بمخاطر حماية الأطفال، ولتوفير المعلومات حول خدمات الإمداد. أما العنصر الرئيسي الثاني فيتمثل في دعم منظمة Save the Children لمراكز التنمية الاجتماعية الموجودة بالفعل، في تطوير قدراتهم على حماية الأطفال وفي تقديم الخدمات الاجتماعية. ينبغي على هذه المراكز – باعتبارها هياكل محلية تنوب عن الحكومة في المجتمعات المحلية – توفير الخدمات الاجتماعية والطبية والنفسية للاجئين أيضًا، ولكن غالبا ما يكون هناك نقص في الخبرات المتخصصة

مثال من التعاون التنموي الألماني في الشرق الأوسط. تم تكليف GIZ بمشروع "تحويل النفايات إلى طاقة (إيجابية)" التابع لبرامج "النقد مقابل العمل" في الأردن عام 2015. يهدف المشروع إلى التأمين المؤقت لوضع الدخل الخاص باللاجئين والمشردين داخليًا والأفراد المستضعفين في المجتمعات المضيفة، وذلك من خلال علاقات عمل مؤقتة، كما يهدف في الوقت نفسه إلى تعزيز البنية التحتية المحلية والترابط الاجتماعي. أدت الزيادة الكبيرة في عدد سكان الأردن نتيجةً للأزمات السورية والعراقية إلى إثقال كاهل القدرات الحالية على التخلص من النفايات. وبجانب نقص الموارد اللازمة للتخلص من النفايات وتنظيف الشوارع، فإن شعور سكان المجتمعات المضيفة بأن الأموال الدولية موجهة في المقام الأول إلى اللاجئين يؤدي إلى زيادة احتمال نشوب صراع. يراعي مشروع "تحويل النفايات إلى طاقة (إيجابية)" المنهجيات النفسية الاجتماعية عند التنفيذ، لتعزيز العمالة في جمع ومعالجة المواد القابلة لإعادة التدوير التي تحتاج إلى عمالة مكثفة، وذلك أولاً من خلال التوجه إلى اللاجئين والمحتاجين في المجتمعات المضيفة بشكل متساوٍ في سياق حساسية الصراع، ودمج تدابير محددة لتعزيز وإشراك المرأة داخل منتديات الحوار التشاركية. ومن خلال إدراج القطاع الخاص على سبيل المثال وبناء مرافق إعادة التدوير يتم السعي نحو استدامة التدابير وتحويلها إلى علاقات عمل طويلة الأجل. ينظم المشروع الشعور بالسيطرة – بالرغم من التقييد الزمني لعقود العمل – عن طريق الإعداد والتحديث الشامل والشفاف للمواد المعلوماتية، التي يتم فيها تسجيل مخاوف وأفكار العاملين / العاملات والإجابة عليها. وعلاوة على ذلك فقد أصبحت المراقبة والمشاركة ممكنة من خلال إنشاء مجموعات التركيز، وفعاليات التغذية الراجعة، وآليات تقديم الشكوى مجهولة المصدر. يتم توفير الدعم عند الانتقال من مرحلة التوظيف المؤقت إلى البحث عن وظيفة عن طريق التوجيه والمشورة في المراكز المجتمعية التابعة لشركاء التنفيذ، مع مراعاة المؤهلات المكتسبة. بالإضافة إلى ذلك ينبغي أن يحمي التدريب على الصحة وعلى السلامة حقوق متلقي الخدمات .

الحقل 2 – دعم الأسر والمجتمعات

تهدف التدابير على هذا المستوى إلى تعزيز الدعم المتبادل والترابط الاجتماعي في الأسر والمجتمعات. إن (إعادة) بناء الشبكات الاجتماعية يمكن أن يساعد في نهاية المطاف أفراد السكان المستهدفين في تعاملاتهم الشخصية مع الخبرات والأعباء الحالية. لكن المعرفة الشاملة بالخصائص الثقافية والسياقية لا غنى عنها في هذا الإطار.

يتضمن هذا المستوى عدة تدابير من بينها:

- لم شمل أفراد الأسرة،
- حملات للتغلب على مشاكل الماضي بشكل بنّاء،
- أنشطة كسب الرزق،
- منهجيات تنظيم الأسرة،
- برامج تعزيز بناء ديناميكيات أسرية خالية من العنف،
- مجموعات النساء،
- أندية الشباب،
- أنشطة التعليم الرسمي وغير الرسمي،
- عمليات الحداد الجماعي،
- إعادة دمج المقاتلين / المقاتلات السابقين في قراهم من خلال طقوس التطهير والمصالحة التقليدية،
- إعادة بناء العلاقات الاجتماعية بين مجموعات الاستقطاب polarized groups.

والقانونية والطبية. تعمل دورات التعليم والتوعية على إزالة وصمة العار عن الوصول إلى المشورة. وتساعد استراتيجيات الوساطة الأسرية ذات السياقات المحلية، التي تشرك رجال الأسرة بشكل فعال، النساء على تطوير وجهات النظر الاجتماعية. ويركز الخبراء المحليون، من خلال تدابير التأهيل، على تنظيم واستمرارية تطوير المعارف المحلية والمناهج العملية الموجودة بالفعل. تضمن جميع المشاريع الاستدامة من خلال تعزيز هياكل الدولة. وبفضل التعزيز المتزامن لشركاء المجتمع المدني وتعاونهم مع الدولة يتم تدعيم المشورة الملائمة للمرأة والموجه نحو تحويل شكل العلاقات بين الجنسين.

الحقل 4 – العروض العلاجية السريرية والمتخصصة

يتضمن هذا الحقل منهجيات التدخل السريرية المتخصصة من قِبل المعالجين النفسيين / المعالجات النفسيات أو الأطباء النفسيين / الطبيبات النفسيات للتعامل مع تجارب العنف والخسائر والحزن وانتهاكات حقوق الإنسان والصدمات. لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية اجتماعية أو أمراض نفسية بدرجات شدة مختلفة، وإعادة توجيههم في الوضع المعيشي الهش للغاية، والحصول على هوية جديدة، لاستعادة توازنهم العاطفي وإرادتهم في الحياة، يتطلب الأمر في بعض الحالات، الحصول على مساعدة متخصصة من قِبل خبراء / خبيرات مختلفين، يمكنهم التدخل في السياق المعطى: العلاج النفسي الفردي أو العائلي، والعلاج المتعلق بالطب النفسي والعقاقير، وكذلك التوصيات الدوائية. يجب ألا يتم إعطاء الدواء وتوصيات علم النفس الدوائي – بالاشتراك مع الدعم النفسي العلاجي – إلا من قِبل الأخصائيين. أما بالنسبة للتقنيات التي تركز على الصدمات، فتجدر الإشارة إلى أنه لا ينبغي تطبيقها بشكل منفصل عن السياق المحدد للمتضررين. لا ينبغي النظر إلى الفعالية الأساسية لطريقةٍ ما على أنها المعيار الوحيد لتطبيقها، بل يجب أن يتم دمجها في الواقع اليومي للمتضررين بشكل متجانس، حتى يمكنها تطوير تأثير الاستقرار المقصود. ينبغي مراجعة المنهجيات العلاجية التي تنظر إلى المواجهة مع خبرات المعاناة الفردية كمحور مركزي للتغلب عليها، وتكييفها مع السياق المحدد. إن إغراء إمكانية تطبيق أسلوب موحد تمامًا بشكل دائم وفي كل مكان، يعزل القضايا الاجتماعية السياسية متعددة الثقافات، بالإضافة إلى الأسئلة المتعلقة بأسباب العنف. وينبغي مواجهة ذلك بتصاميم تدخل متعددة الأبعاد *(30)*.

أمثلة من التعاون التنموي الألماني في الشرق الأوسط. يستهدف مشروع بلسم، المستمر منذ عام 2014، والتابع للمستشفى الجامعي شاريتيه في برلين ومنظمة Help e.V. في الأردن، اللاجئين السوريين وأعضاء المجتمع المحليين الذين يحتاجون إلى العلاج النفسي الاجتماعي، على حد سواء. يشمل تعزيز البنية التحتية المحلية الرعاية الأساسية النفسية والمتعلقة بالطب النفسية في ثلاثة مراكز صحية منتقاة، تابعة لوزارة الصحة، وترتبط ارتباطًا وثيقًا بأكثر من 40 مؤسسة محلية. كما يعقد خبراء محليون / خبيرات محليات ما لا يقل عن أربع دورات تدريبية ودورات تدريبية تكميلية من خلال فعاليات مباشرة وعروض منظمة عبر الإنترنت؛ وأكثر من 30 فعالية تثقيفية نفسية وتعليمية في المدارس والمراكز المجتمعية كل عام. ويعمل في المشروع معالجون نفسيون / معالجات نفسيات وأطباء نفسيون / طبيبات نفسيات من سوريا والأردن. الهدف العام للمشروع هو دعم الناس في حقهم الأساسي في الصحة النفسية / العقلية. يتم التمكين من خلال المشاركة في التنفيذ المشترك مع وزارة الصحة، وعلى أساس تحليل الاحتياجات. تتوجه محتويات الدورات التدريبية المختارة و خدمات العلاج المختارة إلى المجموعات الضعيفة بشكل خاص، بجانب الجوانب الخاصة بنوع الجنس والصدمات. ويتضمن المشروع بالإضافة إلى العروض المجتمعية منخفضة المستوى، تقديم المشورة المستهدفة، و خدمات العلاج النفسي والعلاج المتعلق بالطب النفسي، ونظام إحالة فعال للحالات المحتاجة لخدمات متخصصة.

وفي المرافق. تقوم منظمة Save the Children بتدريب الأخصائيين الاجتماعيين / الأخصائيات الاجتماعيات في المراكز حول مفهوم أماكن الحماية واللعب والإسعافات الأولية النفسية (Psychological First Aid – PFA)، وتؤسس شبكات الدعم مع مقدمي الخدمات الآخرين، وتساعد المراكز على تصميم خطط عمل محلية لتطوير خدماتها. وهذا الأمر لا يضمن المشاركة فحسب، بل يضمن أيضًا تمكين الهياكل المحلية. الخطوة التنموية الأخرى كانت إنشاء فرق متنقلة في المراكز، بغرض التمكن من الوصول إلى الأطفال في المناطق النائية وتقديم عروض الحماية. هذه العملية متضمنة في الإستراتيجية الوطنية لحماية الأطفال والنساء في لبنان، التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية اللبنانية، والتي تضمن التنسيق والاستدامة على الصعيد الوطني.

الحقل 3 – الدعم العاطفي والاجتماعي للأفراد أو الأسر أو المجموعات

في المستوى الثالث توجد تدابير الدعم التي تتطلب درجةً أعلى من المشورة ومن علاقات العمل مقارنةً بالمستوى 2. والأمر هنا يتعلق بتوفير المساعدة للأشخاص الذين يعانون بشدة من تحارب العنف أو الحرب أو الكوارث، والذين لم يصلهم تقريبًا أي تدابير من المستوى 2. كثيرًا ما يقوم المتضررون بعزل أنفسهم أيضًا، وبالتالي لا يشاركون في أنشطة المستوى 2. تظهر الإسعافات الأولية النفسية (PFA) في هذا المستوى بشكل أساسي، ولكن ليس على سبيل الحصر؛ مفهوم دعم للأشخاص المجهدين بالأعباء ، الذين تعرضوا مؤخرًا لحدث تهديدي وجودي.

تم تطوير **الإسعافات الأولية النفسية** على يد خبراء دوليون / خبيرات دوليات، وهي تهدف من ناحية إلى دعم الاستقرار بعد تجارب الانهيارات العاطفية، وتهدف من ناحية أخرى إلى منع وقوع المزيد من الأذى، من خلال الاستماع المتعاطف ودعم المتضررين في تلبية احتياجاتهم الفورية *(29)*.

مثال من التعاون التنموي الألماني في الشرق الأوسط. منذ عام 2016 تنخرط منظمة ميديكا موندیال (medica mondiale) وجمعية هاوكاري (HAUKARI e.V.) في المنطقة الكردية في العراق، بهدف تعزيز هياكل الدولة والمجتمع المدني المحلية، لتقديم المشورة للنساء اللاتي تعرضن لتجارب العنف القائمة على النوع الاجتماعي. مناطق المشروع هي محافظة دهوك والمنطقة الجرمانية / محافظة السليمانية، حيث تم ترحيل عشرات الآلاف من الرجال والنساء وقتلهم في عام 1988، في إطار ما يُسمى بعمليات الأنفال، وتم سجن الناجين وإرسالهم لاحقًا إلى مخيمات إعادة التوطين. وحتى اليوم تعاني المنطقة من عواقب العنف الجماعي الذي تعرضت له. منذ ظهور الدولة الإسلامية (داعش) عام 2014، أصبحت المنطقة مرة أخرى منطقة صراع؛ عشرات الآلاف من اللاجئين من محافظات الأنبار وصلاح الدين وديالى يبحثون هنا عن اللجوء ولا يزالون بلا منظور عودة واضح حتى يومنا هذا. تتقلب المجتمعات المضيفة بين التضامن مع اللاجئين وبين استياء البالغين من تاريخ العنف. ولتقليل حدة هذه التوترات والانخراط في الحوار، يستهدف المشروع النساء ذوات تجارب العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي والمتداخل بالتالي مع العنف السياسي / الاجتماعي، سواءً في مخيمات اللاجئين أو في المجتمعات المضيفة. وهو يجمع بين المشورة المباشرة من النساء من خلال الفرق المتنقلة للشركاء المحليين، وبين تعزيز إدارة الدولة المحلية لمكافحة العنف ضد المرأة. كما يدعم مراكز المشورة التي توفر الحماية الشرطية والمشورة النفسية الاجتماعية للنساء المتضررات. وفي إطار المشروع يتم دعم مراكز المشورة هذه لوجستيًا. يتلقى موظفو / موظفات شركاء الدولة والمجتمع المدني التدريب والإشراف؛ ويتم تدريب قوات الشرطة والأمن على التعامل الحساس للصدمات مع النساء المتضررات من العنف. في المنطقة الجرمانية يحدث أيضًا تآزر مع مشروع HAUKARI لتعزيز مراكز الإرشاد الأسري منخفضة العتبة التابعة للدولة، وإنشاء شبكات للكشف المبكر ومنع العنف القائم على النوع الاجتماعي. منهجية تقديم المشورة شاملة وموجهة للموارد وللتمكين، وتجمع بين المشورة النفسية الاجتماعية

8. كيف يمكن ضمان العافية النفسية الاجتماعية لموظفي MHPSS؟

أساس الدعم النفسي الاجتماعي الجيد هو الصحة النفسية الذاتية ومدى احترافية موظفي تقديم الدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS)، سواء كانوا موظفين موفدين أو محليين تابعين لمنظمات دولية أو منظمات شريكة محلية. يتعامل موظفو MHPSS يوميًا مع المعاناة والظلم وانتهاكات حقوق الإنسان في بيئات متقلبة في أغلب الأحيان. وحتى يمكن للموظفين / الموظفات الحفاظ على سلوك تضامني وتعاطفي على المدى الطويل، تُعد حماية العافية النفسية الاجتماعية للموظفين من الضروريات المهنية لأي منظمة من منظمات MHPSS. المتخصصون، القادرون على التعرف على أعبائهم الخاصة والتخلص منها، هم فقط من يمكنهم مساعدة الآخرين على تقليل التوتر، ومعالجة التجارب الصادمة. ودون القدرة على التمعن في الذات وتنظيمها، ينشأ خطر نقل الداعمين / الداعمات للتوترات الخاصة بهم إلى الأشخاص المثقلين بالأعباء. يتطلب التنفيذ الناجح لتدابير حماية جميع الموظفين / الموظفات في منظمة التطوير (المستمر) لمفهوم رعاية الموظف بالمنظمة بأكملها، بالإضافة إلى استيعاب وتطبيق هذا المفهوم على جميع المستويات (الهرمية) للمنظمة.

تتضمن المساهمة في العافية النفسية الاجتماعية للموظفين المشاركة في خدمات تخفيف الأعباء الثابتة تنظيميًا، والتي توفر مساحة للدعم المتبادل للموظفين / الموظفات، وللتأمل في الأعباء الشخصية. هذه العروض ينبغي أن تكون مدمجة في مسارات العمل بشكل جيد من البداية، وينبغي أن تُبنى على إستراتيجيات الرعاية الذاتية الموجودة لدى الموظفين. لقد أثبتت أنشطة الحركة والإبداع كفاءتها، ونفس الأمر بالنسبة للإشراف (الإشراف على الحالة) الدوري. وعلاوة على ذلك فإن إنشاء مساحات للتأمل والحماية، لإدماج هياكل دعم في إدارة المشاريع، هو أحد أمثلة الممارسات الجيدة. فهذه المساحات توفر للموظفين / الموظفات جوًا ومكانًا للأمان والسرية، حيث يمكنهم أيضًا معالجة مشاعر مثل الهشاشة أو العجز أو عدم الأمان أو الشعور بالذنب.

إلا أنّ أنشطة تخفيف الأعباء / التوتر وحدها لا تكفي لحماية الأفراد. تُنصح المنظمات بمراجعة هياكلها وممارساتها بشكل واضح، للتحقق من المخاطر التي تهدد العافية النفسية الاجتماعية للموظفين / الموظفات. ومن الأمور الحاسمة في إنشاء مفهوم رعاية الموظف هو مراعاة تكوين الفِرق والديناميكيات داخل المنظمة، والتي غالبًا ما تعكس السياق المجتمعي لبيئة العمل. وهكذا فإن المنظمة التي تعمل في بيئة مجتمعية تتميز بتجزئة عميقة بين المجموعات المجتمعية (مثلاً بسبب تجارب العنف المعقدة)، غالبًا ما تتميز بتجزئة مماثلة داخل المنظمة. لذا فمن الضروري تحليل هذه الديناميكيات بعناية، وتكييف تدابير تخفيف الأعباء مع احتياجات جميع أعضاء المنظمة. إضافة إلى ذلك تحدد منظمة العمل المحترفة والداعمة أيضًا شروط تمويل مستقرة ويمكن تقديرها لموظفيها / موظفاتها. وبعض أمثلة ذلك هي: التواصل الموثوق بين الموظفين الميدانيين في النقاط الأمامية والهيكل المركزي، ومنع عزل الموظفين في المناطق النائية عن طريق العمل في فرق دائمة، وتحديد نطاقات وحدود المهام لجميع الوظائف بوضوح، واستخدام الموظفين مع مراعاة مؤهلاتهم فيما يتعلق خدمات التعليم التكميلي المستمر، وتوفير أماكن للراحة خاصة بالموظفين في جميع أماكن العمل،تعزيزالشفافية قدر الإمكان، وتعزيز السلامة المهنية، بالإضافة إلى الإدارة الأمنية الموثوقة. كذلك فإن أسلوب الإدارة في مكان العمل هو أحد العوامل التي لا يمكن التغاضي عنها للعافية النفسية الاجتماعية للموظفين / الموظفات.

تقوم الإدارة التنفيذية للمنظمة بوظيفة رئيسية في تنفيذ تدابير رعاية الموظف. واستنادًا إلى دور القدوة الذي تقوم به، يمكن للإدارة التوضيح وتقديم المثل للموظفين / الموظفات سواء فيما يخص المعاملة المحترمة مع الزملاء / الزميلات ومع المجموعة المستهدفة، أو التعامل الواعي مع الذات. إن التأمل النقدي للذات في الفريق، بخصوص الضعف الذاتي وحدود القدرة على التحمل، هو أمر ضروري أيضًا. فالتعبير عن ضعف المدير لا يعكس أي سلوك غير مهني، بل يخدم عملية الحفاظ على القدرة الشخصية على التعاطف والتحمل، ويعمل على مواجهة قلق الموظفين / الموظفات من الوصم عند

المفهوم الشامل – التشابك بين الحقول الأربعة

من خلال تزامن التدابير (لتعزيز خدمات MHPSS الحالية في حقول الهرم الأربعة، وإنشاء أي خدمات قد تكون مفقودة)، ينبغي أن يتوفر للاجئين خدمة،تلبي الاحتياجات الخاصة على أوسع نطاق ممكن، ويخفف العبء عن مقدمين / مقدمات المساعدة / الدعم .

مثال للمنهجية الشاملة من التعاون التنموي الألماني في الشرق الأوسط. تدابير المساعدات العاجلة، التي تدعمها منظمة ميديكو إنترناشونال (medico international) منذ عام ٢٠١٤ مع اللاجئين في المنطقة الكردية في العراق بعد هجوم ما يُسمى بالدولة الإسلامية (داعش)، تعتمد على التعاون طويل المدى مع جمعية هاوكاري (HAUKARI e.V.) ومع الشركاء المحليين -مركز النساء KHANZAD ومؤسسة الصحة الكردستانية – ويتم تنفيذها من البداية عن طريق اللجان المحلية بالتعاون مع هياكل المساعدة الذاتية للاجئين. من خلال الحوار المستمر يتم تطوير الاحتياجات والتدابير، وتعزيزها في العملية، التي تضع دائمًا الاحتياجات النفسية الاجتماعية المحدَّدة للثقة، والاعتمادية، وخبرة القدرة على التصرف، والكفاءة الذاتية في الاعتبار، وتعزز في الوقت نفسه من الهياكل المستقرة والتضامنية. وفي المنطقة الجرمانية، جمعت منظمة ميديكو إنترناشونال (medico international) وجمعية هاوكاري (HAUKARI e.V.) بين مساعدات البقاء الحادة للاجئين من مقاطعات الأنبار وصلاح الدين وديالى، التي تحتلها داعش، وبين تعزيز الأنشطة الثقافية المجتمعية بين المجتمعات المضيفة واللاجئين. وانطلاقًا من مساعدات اللاجئين المتمركزة حول عملية التدخل ، تم تطوير مركز ثقافي للشباب في ملجأ طوارئ سابق في بلدة كِفري، يسمح بالاجتماع وتبادل الخبرات بين الشبان المحليين واللاجئين (الرجال والنساء)، بهدف التعامل مع تجارب العنف والتشريد والحشد المتطرف، والتفاهم على أحلام ورؤى لمستقبل آخر.

مثال للمنهجية الشاملة من ممارسة العمل النفسي الاجتماعي في ألمانيا. تعمل مراكز العلاج النفسي الاجتماعي للاجئين وضحايا التعذيب في ألمانيا كفريق متعدد التخصصات، من ناحية لتوفير التوجيه والمساعدة النفسية الاجتماعية والقانونية السلسة في أسرع وقت ممكن، بالإضافة إلى التوسط من خلال المرشدين / المرشدات للتشبيك مع الجهات المعنية، ومن ناحية أخرى لتقديم التدخل النفسي والعلاج المتخصص. وفي الوقت نفسه يعمل الموظفون / الموظفات كمقدمي / مقدمات معلومات، ووسطاء / وسيطات، ومدربين / مدربات في المجتمعات وفي القطاعات الصحية والاجتماعية والتعليمية *(31)*.

9. ما هي مبادئ الجودة العالية لتدابير التنمية الخاصة بتعزيز الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي؟

تصف القائمة التالية التوافق واسع المدى للممارسين الدوليين / الممارسات الدوليات على المبادئ، التي تميز التدخلات الناجحة، وتمنح إرشادات بخصوص المخاطر التي ينبغي تجنبها *(32) (33) (34)*. لذا فمن المستحسن عند تصميم وتخطيط التدابير، التفكير في المبادئ الفردية، ومراعاتها عند تنفيذ وتقييم التدخل. وتجدر الإشارة إلى أن هذه المبادئ ليست مجموعة من المعايير الثابتة، بل يتم تطويرها وتكييفها حسب السياق من خلال الخبرات والحوارات التي تتم بين الممارسين / الممارسات على أرض الواقع، وأحيانًا تبلغ أقصى مدى لها خلال العمل في المشروع، لعدة أسباب من بينها نقص الموارد. كما يمكن أن يحدث عدم اتساق بين المبادئ الفردية في سياقات معينة. يمكن التفكير في مثل هذه العقبات أثناء تصميم التدابير، كما يمكن أيضًا التفكير فيها عند التنفيذ اللاحق. لذلك سيتم في الجدول التالي، بجانب التعريف بكل مبدأ بشكل فردي ، سرد التحديات في السياق المحدد، وطرق التعامل الممكنة، والتي تم تحديدها من قِبل الجهات الفاعلة المحلية والدولية التابعة لـ MHPSS.

الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
1	**التوجه المتمركز حول الشخص**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم تعزيز توقعات الكفاءة الذاتية **وكرامة** الشخص، وتمكينها في كل خطوة من خطوات التدخل. الأشخاص المستهدفون لديهم مساحة للمناورة، **والإدارة، والسيطرة** على قراراتهم، وهو الأمر الذي يساعد على مواجهة تجارب العنف والخسارة والتغلب عليها. يتم فتح الآفاق المستقبلية.	الاحتياج إلى موظفين مدربين وذوي خبرة، ممن لديهم موقف متضامن ومتفتح تجاه المجموعة المستهدفة، ويمكنهم استيعابهم، لا يمكن الوفاء به في الواقع العملي. وغالبًا ما يكون الإشراف الداعم غير ممكن بسبب نقص الموارد المالية والبشرية المدربة لتقديم الخدمات او لتقديم الاشراف الداعم لمقدمي الخدمات. غالبا ما ينعكس تأثير سلوك الموظفين على المجموعة المستهدفة، كما أنه نادرا ما يتم ملاحظته أو مراقبته أثناء العمل. علاوة على ذلك فإن قِصَر مدة المشاريع تحول غالبًا دون الاندماج النشط وقبول القرارات من قِبل المجموعة المستهدفة.	ينبغي أن يتم تصميم المشروعات وتخطيطها وفقًا لاحتياجات المجموعة المستهدفة، كما ينبغي تشجيع المجموعة المستهدفة على تقديم التعليقات المنتظمة أثناء التنفيذ. يمكن أيضًا تعزيز الاستقلالية والحياة المسيطرة من خلال نقل المسؤولية، وبالتالي تعزيز الثقة؛ مثلاً من خلال منح الأسر في المخيمات رصيد مالي خاص بها بدلاً من قسائم الطعام / العملات الرمزية. تُعتبر الموثوقية وضمان السرية وشفافية العمليات والقرارات التي تتخذها المنظمة، شروطًا مسبقة لبناء الثقة المتبادلة. ان تصميم المشروع و خططه التنفيذية يجب ان يبنى على الاحتياجات الخاصة بالفئة المستهدفة. كما يجب ان يتم تقديم التغذية الراجعة حول عملية التنفيذ. ان الشعور بالسيطرة على مناحي الحياة المختلفة يعزز الاستقلالية و الشعور بالثقة
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ، لا يتم النظر إلى اللاجئين كأفراد مستقلين يتمتعون بالكفاءات والموارد، بل يتم التعامل معهم بشكل جماعي كجزء من مجموعة محتاجة وغير ذات أهمية. وينشأ خطر تكرار حالات الإغماء وفقدان السيطرة، وبناء أو تعزيز التبعيات.		

طلب الدعم. لتمكين المدير من دعم الموظفين / الموظفات دون أن يمثلوا عبئًا إضافيًا، من الضروري أن تنظر المنظمة إلى نفسها باعتبارها منظمة تعليمية، تفهم أن تنفيذ وتطوير الرعاية الذاتية ورعاية الموظف أمر ضروري.

تعتمد كيفية توجه المنظمة إلى الحماية النفسية الاجتماعية لموظفيها / موظفاتها بشكل هادف، على سياق المشروع المحدد، وكذلك على الإطار المالي للمشاريع. وبالتالي ينبغي أن تكون وسائل المكافأة المناسبة للموظفين وأنشطة تخفيف الأعباء الدورية جزءًا لا يتجزأ من ميزانية أي مبادرة تابعة لـ MHPSS. إن فترات تشغيل المشروع الطويلة قدر الإمكان

تزيد من السلامة المهنية وتوفر مساحة لبناء الفريق. علاوة على أنه من الضروري إعداد ميزانية لعددٍ كافٍ من الموظفين أصحاب الاختصاصات المختلفة لإنجاز المهام المتعددة. فقد ثبت على سبيل المثال نجاح دعم الموظفين الميدانيين في العمليات الإدارية، خصوصًا في طلب الحصول على المزيد من الموارد، والتأهيل الإضافي للموظفين / الموظفات لتحسين التعامل مع التحديات (اليومية). بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يسهم تحديد مبادرات MHPSS القائمة والربط الشبكي لها مع الجهات الفاعلة العاملة في البيئة المحلية والإقليمية في التبادل المهني للممارسات الجيدة، وبالتالي زيادة مستوى الاحترافية.

الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
5	**المشاركة والملكية**	عند مراعاة هذا المبدأ، فإنه يسبق إعداد التدبير تحليل للسياق وللصراع القائم، **يشارك فيه النساء والرجال من المجموعة المستهدفة.** يتم تطوير هذا الإجراء **بالتعاون مع ممثلي / ممثلات اللاجئين أو المجتمع المستهدف**، مما يساعد على قبول وملكية واستدامة المشروع المستهدف4. ويتم تقديم التدبير مع أو عن طريق ممثلي / ممثلات المجموعة المستهدفة.	بسبب نقص الموارد البشرية والمالية، والمدة القصيرة لتشغيل المشروع، وعدم وجود مرونة في التنفيذ (خاصة في المنظمات ذات الهياكل الهرمية للغاية)، لا تتم مشاركة السكان المستهدفين إلا في حالات نادرة للغاية. ولا يتم في المعتاد إجراء تقييمات شاملة للاحتياجات، ولا يحدث توافق حول كيفية مواءمة التدخلات. تفضل الجهات المانحة المنهجيات القائمة على أدلة من السياقات الأخرى في الغالب، وعلى المنهجيات المجتمعية. ومن جهتها يصعب على المجموعة المستهدفة المشاركة بسبب الوصم المرتبط بموضوع MHPSS. كما أن المشاركة الديمقراطية في صنع القرار ليست مسألة بديهية في جميع المجتمعات، وربما تتسبب في زيادة الأعباء في ظروف معينة. أيضًا فإن إدماج المجموعات الضعيفة، ذات الحركة المحدودة بسبب العوامل الاجتماعية أو الجغرافية، يمثل صعوبة خاصة. هذا الأمر يمكن أن يؤدي إلى الاختيار المتجدد للأشخاص ذوي الامتيازات، وعزل الضعفاء.	ينبغي أن تتحكم احتياجات المجموعة المستهدفة بشكل قاطع في تصميم وتنفيذ التدخلات. يكون هذا الأمر سهلاً عندما تكون تحاليل الاحتياجات السابقة والمراقبة النوعية جزءًا بالفعل من مقترحات المشروع، ومطلوبة من الجهات المانحة. إضافة إلى توفير الشراكات مع المنظمات المجتمعية المحلية، وتوفير التدريب والتدريب التكميلي للموظفين المحليين / الموظفات المحليات. من خلال الاندماج المنتظم بين المجموعة المستهدفة والمجتمع (مثلاً من خلال مجموعات التركيز، والأبطال المحليين) مما يمكن تعزيز تحديد الهوية من خلال التدبير. ويمكن تحقيق التوعية أيضًا من خلال مشاريع تجريبية. إجمالاً، يجب تجنب توليد عوامل ضغط إضافية أو مشاعر بالتكليف بأكثر مما في الوسع نتيجة المشاركة الفعالة.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ يعتمد تصميم التدبير على دراسات أو خبرات من سياقات أخرى فقط. ولا توضع الظروف الخاصة للسياق المحدد في الاعتبار. ولا يتم التخطيط للتدبير أو تنفيذه بالتعاون مع ممثلي / ممثلات اللاجئين.		
6	**التنوع والشمولية**	عند مراعاة هذا المبدأ يكون التدبير **شاملاً** ويراعي بشكل واضح **احتياجات المجموعات الضعيفة** (مثل النساء، والأطفال، والمسنين، والشباب، والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، والأشخاص المتطرفين أو الانتحاريين، والأيتام وغيرهم من المجموعات السكانية المهمشة مثل LGBTI) (مجموعات الجنسية المثلية و المتحولين جنسيا). كما يراعي هذا التدبير **عدم تجانس المجموعة المستهدفة**، ويضع هذا الوضع في الاعتبار من خلال تصميم تدخل متنوع.	في الواقع العملي قد يكون الوصول إلى المجموعات الضعيفة محدودًا لأسباب جغرافية أو سياسية أو اقتصادية اجتماعية أو ثقافية. وبالتالي يمكن تعزيز التمييز والعزلة القائمين بالفعل مسبقا. وبالمثل قد تحدث بين المجموعات الضعيفة المختلفة (بما في ذلك المجتمعات المضيفة) منافسة على الموارد، والتي يتم إثارتها أكثر من خلال تركيز المنظمات (الدولية) على مجموعة مستهدفة. وهو ما قد يؤدي في ظل ظروف معينة إلى مزيد من الوصم وزيادة مخاطر الصراع. يجد الموظفون / الموظفات أنفسهم جزئيًا في إشكالية بين الحيادية ومواقفهم وقيمهم الخاصة أو الاجتماعية. بالإضافة إلى أنه غالبًا ما يكون هناك نقص في تحديد الموقف المشترك للمنظمات.	ينبغي إعطاء الأولوية للشمولية عند تخطيط التدخلات، والتفكير في إمكانية الوصول إليها بشكل إستراتيجي. لتحسين الوصول إلى المناطق النائية على وجه الخصوص، قد يكون التعاون بين المنظمات المحلية والدولية وتقديم المشورة الهاتفية على سبيل المثال مع خيارات الإحالة أمرًا مفيدًا. التوضيح وتقديم الخدمات للمجتمعات المضيفة واللاجئين يمكن أن يكون له في المستقبل تأثيرًا توعويًا ومانعًا للصراعات. ينبغي ترسيخ نجاح الشمولية الفعالة كهدف داخل المنظمات، والتحقق منه باستمرار.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ يتم وضع علامة غير مميِّزة (وصمة) لشخص أو مجموعة (مثل "جميع اللاجئين يعانون من الصدمة") والتي يمكن أن يكون لها تأثير وصمة عار من ناحية، وتعوق من ناحية أخرى تعزيز الموارد المرغوب فيه. ولا يتم التعامل مع الاحتياجات المحددة للفئات الضعيفة.		

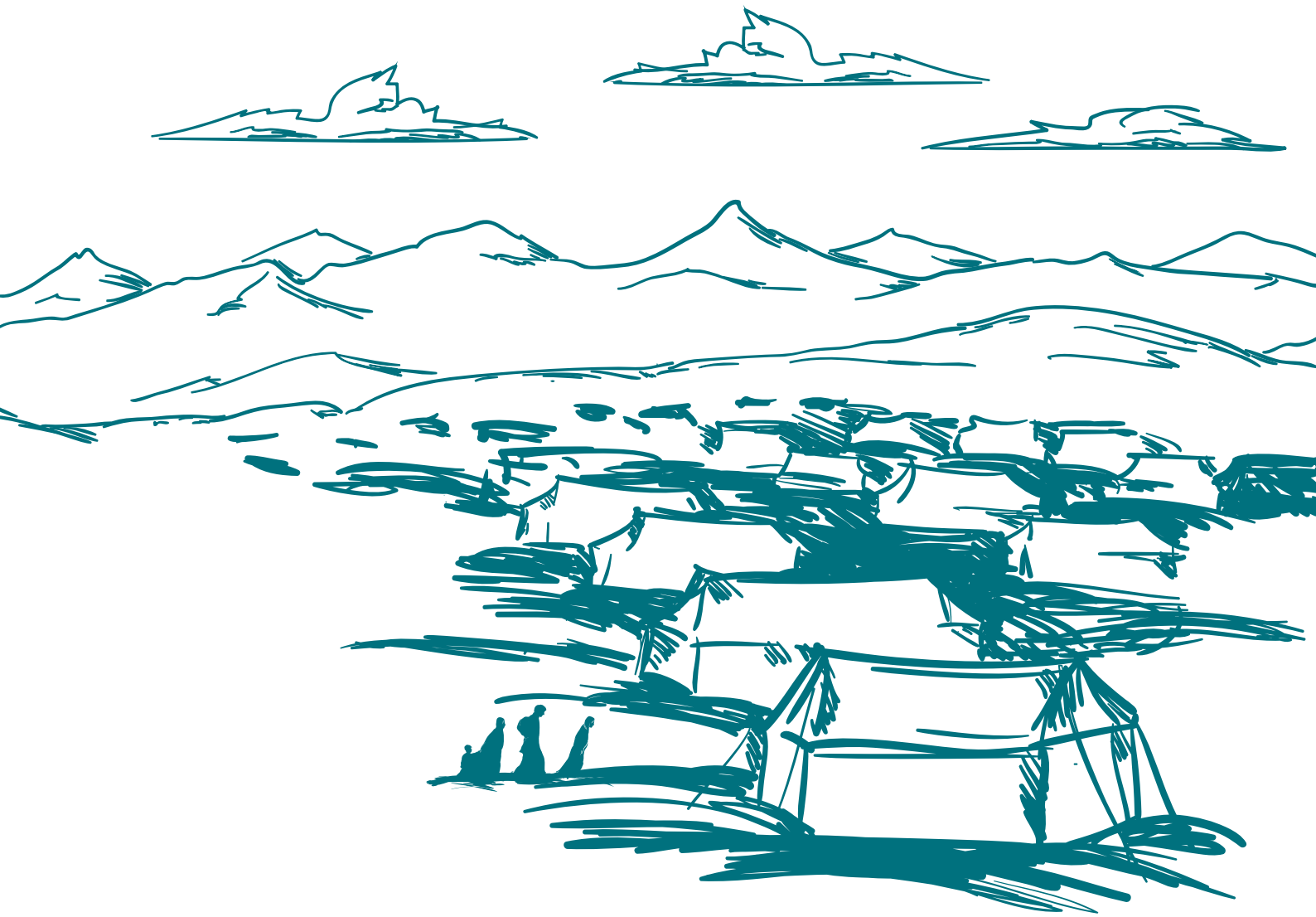
[4] إذا كانت دراسات MHPSS التشاركية الحالية موجودة بالفعل في سياق التدخل المستهدف، فينبغي استخدامها، بدلاً من تكرارها، لحماية اللاجئين من التعرض المفرط للأبحاث.

الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
2	**حقوق الإنسان**	عند مراعاة هذا المبدأ يتعامل التدبير مع حقوق الإنسان على أنها لا تقبل المساومة، وتُطبق دون قيود بغض النظر عن الجنسية وحالة الإقامة *(35)*. وبالتالي فهي تتوافق مع "**حق** كل فرد **في** الحصول على أقصى مستوى من **الصحة العقلية** (...) يمكنه الوصول إليه".	بجانب إدماج المفاهيم المحلية للمجتمع والدعم المتبادل، ينبغي أن يكون لدى كل منظمة منفذة مبادئ توجيهية أخلاقية للعمل خاصة بها. كما ينبغي دائمًا إتاحة الفرصة للمجموعة المستهدفة للإبلاغ عن أي انتهاكات مدركة للكرامة. كذلك ينبغي تجنب التنافس على الموارد، بل ينبغي تعزيز التضامن والشجاعة للمطالبة بالحقوق.	قد تواجه منهجية حقوق الإنسان مقاومةً في سياقات معينة، حيث يمكن رؤية أصلها في الخطاب الغربي لكنها تتناقض مع المفاهيم المحلية مثل الترابط الاجتماعي، وقيمة الأسرة والجماعة. لذا يمكن أن يؤدي تنفيذ التدبير إلى حدوث إشكالية بين الحساسية الثقافية والتعزيز المستهدف لحقوق الإنسان، التي تركز على قدرة اتخاذ القرار الفردية.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ، فإن التمييز الذي يمكن تجنبه ضد فئات اجتماعية محددة، مثل طالبي اللجوء أو الأشخاص الذين لا يتمتعون بوضع إقامة قانوني، يظل يُنظر إليه غالبًا على أنه غير عادل، إلا أنه ينبغي التغلب عليه من خلال تدابير فردية فقط. فلا يمكن تمييز منهجية حقوق الإنسان.		
3	**المواءمة / الموازنة مع التوجهات المتاحة**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم **توجيه** التدبير نحو **الاحتياجات** (على أساس التقييمات الدولية في القطاع)، ويعمل **بشكل متوافق ومتكامل** مع خطط الجهات الفاعلة الوطنية والدولية. ويندمج التدبير مع المبادرات والهياكل **المجتمعية**، دون المخاطرة بإنشاء هياكل موازية.	ينبغي أن يتضمن تصميم وتخطيط التدابير كلاً من المعايير الدولية والإستراتيجيات الوطنية. وينبغي أيضا تكثيف التنسيق والتعاون بين الجهات الفاعلة في المساعدات الإنسانية ومنع الازدواجية أو التنافس بين التدابير، غالبًا ما يكون هناك نقص في المعايير المشتركة لتدخلات MHPSS. كما أن المسؤوليات التي تختلف من بلد إلى آخر، وغالبًا ما يتم توزيعها على العديد من الوزارات (من بينها وزارات الصحة، والتعليم، والشؤون الاجتماعية) والمجموعات العنقودية، تزيد من صعوبة تنسيق التدخلات، وتطوير الوضوح المفاهيمي في قطاع MHPSS.	بشكل عام يمثل التنسيق (الوطني) بين الجهات الفاعلة في MHPSS والتنسيق مع مؤسسات الدولة مشكلة. فبجانب التشبيك بين الخدمات ، الذي ينبغي أيضًا أن يسمح بالتحويلات السلسة والتنموية. كما أن التحديث المنتظم لما يُعرف باسم تعيينات *4W* (من يفعل ماذا، ومتى، وأين) يمكن أن يساعد في هذا الأمر. كذلك ينبغي تحديد الفجوات في التنسيق بين الموظفين الميدانيين والإدارة والجهات المانحة. إن التعاون بين الجهات الفاعلة الدولية والمحلية بالتنسيق مع الوزارات المختصة، وتعزيز الهياكل المحلية، والتعاون بين مؤسسات الدولة، يحول دون التجزئة المتزايدة للقطاع.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ يُعتبر التدبير تدخلاً مستقلاً، لم يسبقه تحليل جهة فاعلة / تحليل تدخل، وبالتالي ينطوي على خطر التكرار والتنافس مع التدخلات القائمة.		
4	**الحساسية الثقافية والسياقية**	عند مراعاة هذا المبدأ يتوجه التدبير إلى **الممارسات العملية** المفيدة **المتوافقة مع الثقافة والحساسة للسياق**، والتي تعتبرها الجهات الفاعلة المحلية والدولية فعالة وقيّمة.	يلعب المجتمع والأسرة دورًا مهمًا في عمل الدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. فخطر وصم البيئة بأكملها، وعدم التفهم داخل المجتمع، يمكن أن يمنعا المتضررين من البحث عن الخدمات . كما أن وجهات النظر والقيم التقليدية قد تتعارض بشكل جزئي مع تدابير MHPSS الخاصة بتعزيز تمكين المجموعات الضعيفة، مما يؤدي إلى انعدام الثقة. وبالتالي يمكن أن تكون الخلفية الدينية والثقافية للموظفين / الموظفات تعتبر حاسمة في الوصول إلى المجموعة المستهدفة، ويمكن أن تؤثر الأيديولوجيات والافتراضات غير الواعية على العمل (النفسي الاجتماعي). كذلك فإن المجموعة المستهدفة قد تتميز بعدم التجانس الثقافي بشكل كبير، وبالاختلاف وفقًا للسياق الديني والسياسي والجغرافي والاجتماعي والاقتصادي.	يمكن منع المشاكل المحتملة من خلال الحوار الجاد مع أعضاء المجموعة المستهدفة، وإشراك الموظفين المحليين / الموظفات المحليات في التصميم والتنفيذ. كذلك فإن التنوع الديني والثقافي، وتوعية الموظفين / الموظفات (فيما يتعلق بمخاطر الوصم) يمكنه التغلب بشكل مسبق على المخاوف المحتملة للمجموعة المستهدفة. إن التعامل مع المجموعة المستهدفة بشكل قائم على الثقة، والمعالجة الحساسة للقضايا الحرجة، التي قد تؤثر أيضًا على الهياكل الأسرية، يُعد أمرًا لا غنى عنه. كما أن التحقق من التأثيرات النفسية الاجتماعية للممارسات التقليدية ولإستراتيجيات المواجهة المحلية، والبناء على المنهجيات الجماعية يمكن أن يكون واعدًا. التدابير التي تهدف إلى التغير الاجتماعي، يجب أيضا أن تتناول الأسرة والدين والسياسة، وأن يتم تعزيزها من خلال إشراك السكان المحليين الرئيسيين.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ ينشأ التدبير من منهجيات التدخل الشاملة، ويتنافس مع هياكل وإستراتيجيات المواجهة و التكيف المحلية. ويتم اعتماد المنهجيات الغربية، دوندمج المنهجيات أو التعديلات ذات الصلة بالثقافة والسياق.		

الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
10	**المراقبة والتقييم والتحكم المرن (المراقبة، والتقييم، والمساءلة، والتعلم – MEAL)**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم توفير **مراقبة تشاركية** مرافقة للعملية (مثل التغذية الراجعة للمجموعات المستهدفة، والإشراف المستمر لموظفي MHPSS، وتقييم النتائج)، والتي تساهم في التحكم في مسار المشروع من خلال المعارف المكتسبة. ينبغي تصنيف المراقبة حسب الجنس، والتركيز على المجموعات السكانية الضعيفة بشكل خاص. هناك مساحة تصميم مرنة لمراعاة **الاحتياجات الفردية ضمن سياق المشروع**. عند عدم مراعاة هذا المبدأ لن يتم الانتباه إلى نتائج العواقب السلبية في الأزمات أو حالات ما بعد الأزمة، والتي يمكن أن تؤثر على المشروع (مثل أن عنف الشريك الحميم غالبًا ما يزيد في المخيمات). ولا يتم الاستعانة بالتأملات في مسار المشروع، أو تنفيذ انحرافات عن خطة التدخل بناء على مدخلات / تعليقات المجموعات المستهدفة.	في الواقع العملي، كثيرًا ما يتم افتقاد المؤشرات والأدوات المناسبة والمتكيفة مع السياق والمعتمدة لقياس الأداء. وغالبًا ما يتطلب الأمر أولاً تعريفًا موحدًا للعافية ولتحسينها. ونادرًا ما توجد تحليلات احتياجات سابقة وقياسات طويلة الأجل للآثار. الاستطلاعات الكمية المطلوبة من قِبل معظم الجهات المانحة لا تعكس بشكل كامل عمل MHPSS، كما أن تنوع الأدوات يجعل المقارنات غير ممكنة. كما أن العمل التقييمي، الذي ينظر إليه غالبًا الموظفون / الموظفات على أنه عبء إضافي، نادرًا ما يؤثر على مواصلة تنفيذ التدبير، وذلك بسبب الافتقار إلى الموارد والمرونة لدى المنظمات.	في السنوات الأخيرة تم تطوير عدة إطارات مرجعية لـ MEAL (36) (37). ولإظهار التغييرات الإيجابية، والكشف المبكر عن التأثيرات السلبية غير المقصودة، يمكن اعتبار الإدماج المنتظم للمجموعة المستهدفة واستخدام آليات التعليقات بمثابة مصادر أخرى لـ MEAL، تعزز التكيف أثناء التنفيذ. أثناء الحوار مع الجهات المانحة يمكن تطوير صيغ بديلة لـ MEAL، من خلال تبادل المعلومات المعزز، بحيث يتم مراعاة السياق الذي يتم تنفيذ التدبير فيه. هذه الصيغ يمكن أن تكون على شكل أساليب نوعية وموجهة نحو العمليات بجانب أو بدلاً من النماذج الخطية مثل إطارات السجل. وفي هذا الإطار فإن الحصول على أقل ضغط زمني ممكن من الجهات المانحة، يبدو أمرًا مهمًا بشكل خاص مع تدابير MHPSS المتخصصة والموجهة نحو المجموعات المستهدفة.
11	**المنهجية متعددة الأبعاد**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم الانتباه إلى المنهجية متعددة المستويات وفقًا لمفهوم لجنة IASC. حيث يكون العرض **شاملًا**، ويغطي الاحتياجات المختلفة **للسكان غير المتجانسين**. فتكون هناك إمدادات للسلع الأساسية بشكل حساس للصدمات وللصراع، و خدمات مجتمعية منخفضة المستوى، بالإضافة إلى تقديم المشورة المستهدفة لمجموعات مستهدفة محددة، و خدمات علاج سريرية متخصصة. عند عدم مراعاة هذا المبدأ تكون التدابير أحادية الجانب، وتشمل على سبيل المثال الخدمات العلاجية المتخصصة فقط أو الخدمات المجتمعية منخفضة المستوى فقط.	يتطلب تحديد الموقع المناسب على هرم IASC مع الحدود المناسبة واحتمالات الإجراءات الخاصة، دراسة دقيقة للمشاريع باستخدام منهجية MHPSS الشمولية. كذلك فإن الأبعاد المتعددة للخدمات تتطلب أيضًا ترابطًا ناجحًا بين الجهات الفاعلة، يشمل تبادل المعرفة والمعلومات، وآليات الإحالة الفعالة (مثلاً بين التدخلات المجتمعية من المستوى 2 والتدابير المتخصصة من المستوى 4). إلا أن البيروقراطية المعقدة للمنظمات وتجزئة القطاع تجعل هذا الأمر صعبًا.	ينبغي عرض الاحتياجات داخل المجموعة المستهدفة بشكل فردي وبعناية. وعلى هذا الأساس يمكن تحديد المواءمة المناسبة لشخص أو مجموعة مع التدبير أو تنظيم الإحالة بين التدابير على مستويات الهرم المختلفة. يجب أن يسبق تصميم التدابير تحديد الجهات الفاعلة بشكل شامل وينبغي إعلام الموظفين / الموظفات بتدابير الجهات الفاعلة الأخرى، وأن يكونوا على سبيل المثال على اتصال بهذه الجهات الفاعلة الأخرى عن طريق مجموعات التنسيق المشتركة، ليكونوا قادرين على نقل خدمات الجهات الفاعلة الأخرى للمتضررين (بشكل مكمل).
12	**آليات الإحالة**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم توفير **هياكل استقبال / هياكل مرجعية** للحالات السريرية الصعبة. وتكون الإحالات إلى المتخصصين السريريين وإلى عروض المساعدة الأخرى ممكنة. كما يتم النظر في الاحتياجات الاجتماعية والمجتمعية في المؤسسات الطبية بحكمة. عند عدم مراعاة هذا المبدأ لا يحتوي المشروع على أي آليات إحالة مناسبة لأي احتياجات معينة تنشأ أثناء العمل في المشروع، ولا يمكن تزويد المجموعة المستهدفة أو الأفراد بالرعاية المناسبة.	أصبح التنسيق بين الجهات الفاعلة الفردية في MHPSS صعبًا للغاية، بسبب تجزئة قطاع MHPSS. كما أن المسارات الواضحة للإحالة إلى عروض أخرى نادرًا ما يتم القيام بها بسبب التغييرات المتكررة في الموظفين والمدد القصيرة للمشروعات. والحِمل الزائد لجميع الأنظمة و الخدمات يؤدي بشكل جزئي إلى رفض طلبات الإحالة. وحتى المنافسة الكامنة بين العروض يمكن أن تعوق التعاون. وبعد الإحالة لم يعد بالإمكان ضمان جودة الخدمة.	يمكن استخدام المبادئ التوجيهية المشتركة للإحالة، وإدارة الحالات (التي تتضمن قواعد الخصوصية، وأشكال الإحالة الموحدة، والوثائق) كتوجيه. كما أن تدريب الحد الأدنى للموظفين / الموظفات، والشبكات ذات نقاط تنسيق الإحالات، تدعم سير العمليات. وتُعتبر تعيينات *4W* والتحديث المنتظم لبيانات الاتصال أمورًا لا غنى عنها في هذا السياق. إن متابعة الإحالات من خلال التواصل مع المنظمة المستقبِلة يضمن الجودة، ويقوي الشبكة، ويقلل من المنافسة.

الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
7	**الحساسية للنوع الاجتماعي**	مراعاة هذا المبدأ تضمن مراعاة الاحتياجات الخاصة والمختلفة **للرجال والنساء** عند تخطيط وتنفيذ التدبير، مثلاً فيما يخص التعامل مع العنف القائم على النوع الاجتماعي أو العنف الجنسي وما إلى ذلك. عند عدم مراعاة هذا المبدأ يفترض التدبير بشكل ضمني، أن الرجال والنساء سوف يستفيدون منه على حد سواء. ولا يضع التدبير في الاعتبار الاحتياجات الخاصة للرجال والنساء ذوي تجارب العنف.	يتميز العمل مع السكان المستهدفين بالعقبات الاجتماعية والسياسية التي تختلف حسب الجنس. فمن الممكن المنع عن المشاركة بسبب القيم التقليدية (مثل عدم السماح للنساء بالخروج من المنزل دون مرافق / ضرورة عدم إظهار الرجال للضعف)، أو لأن المشاركة ستؤدي إلى صراعات بسبب التسلسلات الهرمية الجديدة في النظام (الأسري). كذلك يمكن لجنس الموظف / الموظفة التأثير على المشاركة. وفي الوقت نفسه، فنادرًا ما يتم تكييف التدخلات مع الاحتياجات الخاصة لكل جنس.	ينبغي أن تراعي التدخلات في تصميمها وظروفها الإطارية الاحتياجات المختلفة للمشاركين من الإناث والذكور، وأن تتغلب على العوائق التي تحول دون الوصول إليها (مثل خدمة رعاية الأطفال). ينبغي أن يدرك الموظفون / الموظفات مدى تأثير جنسهم. في أحسن الأحوال، توفر المنظمات الرعاية من قِبل أعضاء من الذكور والإناث. كما ينبغي النظر في مطالب السكان المستهدفين في سياق التنفيذ.
8	**الحساسية للصدمات**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم الاهتمام **بالاحتياجات الخاصة والخصائص للأشخاص ذوي التجارب الصادمة المحتملة والحقيقية** عند تخطيط وتنفيذ وتقييم التدابير. يتم تجنب إعادة الشعور بالصدمة أو زيادة الأعباء. عند عدم مراعاة هذا المبدأ لا يضع التدبير في الاعتبار الاحتياجات الخاصة والخصائص للأشخاص ذوي التجارب الصادمة. ويمكن أن يحدث إعادة شعور بالصدمة.	غالبًا ما يكون هناك نقص في وعي الموظفين / الموظفات بخصوص العواقب العاطفية والسلوكية للإصابة المحتملة بالصدمة، وما يرتبط بها من احتياجات المتضررين. عند عدم مراعاة الاستجابات الفردية للتجارب الصادمة المحتملة، تصبح المجموعات المستهدفة مريضة بشكل سابق لأوانه وفاقدة للأهلية. ومن الممكن أن يؤدي نقص المعرفة والوصم إلى زيادة العبء على السكان المستهدفين وعلى الموظفين / الموظفات أنفسهم، وإلى إعاقة العمل بشكل دائم.	يمكن أن تؤدي توعية جميع الموظفين / الموظفات المتواصلين مع السكان المستهدفين، إلى زيادة الوعي بأثر طبيعة العمل عليهم. يجب الحفاظ في المنظمة على معايير التعامل مع المتضررين، وطلب هذه المعايير من الإدارة والجهات المانحة. يمكن للسرية واحترام نقاط القوة الفردية وموارد المتضررين أن تعزز من الحياة المسيطرة بالجانبين. مجموعات إشراف (الأقران) والتوجيه للإحالة إلى الخدمات المتخصصة يخفف العبء عن الموظفين.
9	**عدم الإيذاء (Do-No-Harm) / الحساسية للصراع**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم الانتباه إلى مبدأ عدم الإيذاء (Do-No-Harm). ويتم تجنب الازدواجية والثغرات في تقديم الرعاية. يتم مراعاة **الآثار السلبية غير المقصودة** المحتملة، وتوضيح أين يُعتقد أنها ستحدث، واتخاذ الاحتياطات **لمنع / تقليل حدوث تأثيرات غير مرغوبة** (مثل تعزيز هياكل السلطة القائمة، أو تفضيل مجموعة معينة على غيرها، أو عدم المساواة في المعاملة بين المجموعات غير المتكافئة، التمييز) من قبل العاملين / العاملات عند عدم أخذ هذا المبدأ بعين الاعتبار، لا يتم تطبيق مبدأ عدم الضرر لا يتم إجراء تحليل الآثار السلبية المحتملة، وتتزايد احتمالية وقوع أضرار.	يلحق الضرر بالسكان المستهدفين، لعدة أسباب من بينها، عدم توجيه التدابير نحو احتياجات اللاجئين والمجتمعات المضيفة، أو عدم تكييف التدخلات على نحو فردي وسياقي. كما تنتج العواقب السلبية بسبب المعاملة المؤذية أو التمييزية للموظفين / الموظفات مع المتضررين، أو بسبب التقييم الخاطئ للكفاءات ولحدودها. وتلحق الأضرار بالموظفين / الموظفات في حالة عدم وجود دعم تنظيمي مع عبء عمل مرتفع.	ينبغي أن تعمل البرامج دائمًا على دعم الهياكل (البنية التحتية) المحلية وأعضاء المجتمعات المضيفة، مع مراعاة السياق. يجب تجنب زيادة حدة الصراعات المحلية والإقليمية الناجمة عن التفضيل أو الاهتمام (الدولي) الحصري / أحادي الجانب بمجموعة مستهدفة محددة. كما ينبغي التعامل بمنتهى الحذر مع المناقشات التي تتم بين الناجين من العنف والجناة / المعارضين في مشاريع الحوار متعدد الأعراق / متعدد الطوائف. أيضًا ينبغي أن تكون المبادئ التوجيهية الخاصة بسلوك الموظفين / الموظفات في المؤسسة ملزمة. ينبغي على المنظمات – خاصة عند التنفيذ مع مصادر خارجية – أن ترافق مشاريعها عن كثب، وأن تحصل على التغذية الراجعة والشكاوى من المجموعات المستهدفة، وأن تتواصل معها بخصوص حقوقها بشكل شفاف.

الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
15	**إستراتيجية الخروج / الانسحاب، والاستدامة**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم ضمان **استدامة** المشروع من خلال **التسليم** التدريجي إلى الهياكل المحلية والجهات الفاعلة من السكان المستهدفين. ثم إعداد أو توفير للمشروع، تتصدى للاعتماد طويل المدى على التمويل الخارجي.	في البداية فإن أي شكل من أشكال الخروج المجهز جيدًا يمثل تحديًا هائلاً في سياق الأزمات المستمرة ومع الزيادة المطردة في الاحتياجات. وكما أن التأثيرات في مجال MHPSS لا تحدث غالبًا إلا على المدى الطويل، فنفس الأمر ينطبق هنا بالأحرى. يصاحب تسليم الخدمات إلى هياكل الدولة التخوف من عدم تحديد أولويات احتياجات MHPSS أو استبعاد المجموعات الفردية. ويصعب التسليم إلى السكان المستهدفين بسبب خطر إنشاء تسلسلات سلطة هرمية جديدة. وفي الحالتين لم يعد بالإمكان ضمان جودة الخدمة.	يبدو أن الاندماج المبكر، والتدريب / التدريب التكميلي للجهات الفاعلة من السكان المستهدفين أمر لا يمكن الاستغناء عنه. كذلك ينبغي التأكد من توفر الوقت الكافي لتجربة المعارف الجديدة المكتسبة واستخدامها وترسيخها، قبل أن يتحول مقدمو / مقدمات المعلومات إلى مدربين / مدربات. هذا الأمر يتطلب وقتًا وصبرًا، وبالتالي مدة مناسبة للمشاريع (لا تقل عن 4 سنوات) *(1)*. ينبغي أن يتم إعداد وتخطيط إستراتيجيات الخروج بطريقة شفافة: ينبغي تحديد نقاط الضعف والمسؤوليات مبكرًا، وإنشاء ترابط بين العروض الحالية. أيضًا ينبغي استكشاف فرص التمويل البديل والإدارة عن بعد. ونظرًا للاحتياجات الدائمة طويلة الأجل يمكن التركيز على تعزيز هياكل (البنية التحتية) والأنظمة المحلية. يجب تحديد توقيت ونوع الانسحاب المسؤول وفقًا للمشروع.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ لا يمتلك المشروع إستراتيجية خروج، ولا يمكن ضمان الآثار المستدامة.		



الرقم	المبد	التعريف	التحديات	أفضل الممارسات
13	**هياكل الدعم / رعاية الموظفين**	عند مراعاة هذا المبدأ يتم توفير هياكل **الدعم لموظفي MHPSS** من البداية، وتصبح جزءًا أساسيًا من المشاريع / العمل اليومي. ويتم زيادة الاحترافية من خلال التفكير المستمر في العمل. ويتم منع عمليات الإنهاك والصدمات الثانوية من خلال تدابير الصحة **النفسية التنظيمية.** في الحالة المثالية تتوفر مجموعة من التدابير للحفاظ على الصحة النفسية الاجتماعية للموظفين على المدى الطويل. ويتم دمج مواضيع مثل الإشراف، وتدريب الأقران، وتعزيز الرعاية الذاتية، ودمج المتغيرات التنظيمية مثل أمان التمويل، والسلامة المهنية، وهياكل الاسترخاء، وإدارة الأمن.	لا يتم التعامل مع موضوع رعاية الموظفين على أنه موضوع ضروري أو ذو أولوية على المستوى التنظيمي ومن جانب الجهات المانحة. وإذا وقعت مسؤولية الحفاظ على الصحة النفسية هي عاتق موظفي / موظفات المنظمة فقط، فقد يؤدي هذا إلى أعباء إضافية وفقدان السيطرة.	ينبغي توفير مساحة داخل المنظمة للتعليق على الأعباء الذاتية. ويجب إنشاء هياكل الدعم من قِبل المنظمة، ووضعها في الاعتبار من قِبل الإدارة. كما ينبغي عند تصميم التدبير التفكير في كيفية الوصول إلى تدابير الدعم وفقًا لمفهوم رعاية الموظفين (مثل ثقافة مؤسسية مقدِّرة ومحترمة، تسمح بالعلاقات المباشرة؛ العروض الشفافة والمتاحة لجميع الموظفين / الموظفات مثل الإرشاد النفسي الاجتماعي (جلسات فردية وجماعية)، وعروض تخفيف الأعباء (دورات رياضية ودورات استرخاء)؛ حجم العمل، الذي يتيح الرعاية الذاتية؛ أماكن العمل الآمنة لسلامة التخطيط)، والتفكير أيضًا في الرعاية الذاتية (ما يُنظر إليه على أنه مريح للموظفين / الموظفات)، على أنها مسؤولية تنظيمية، والتخطيط لها ماليًا. ينبغي على الجهات المانحة المطالبة بتصميم وتنفيذ تدابير لرعاية الموظفين.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ تكون التدابير أحادية الجانب، وتشمل على سبيل المثال الخدمات العلاجية المتخصصة فقط أو الخدمات المجتمعية منخفضة المستوى فقط. عند عدم مراعاة هذا المبدأ لا تتوفر أي هياكل دعم. ولا يمكن معرفة مدى الاهتمام بالصحة النفسية لموظفي MHPSS التنفيذيين والحفاظ على الاحترافية. ولا توفر ميزانية المشروع أي أموال لتخفيف الأعباء عن الموظفين.		
14	**الاحترافية**	عند مراعاة هذا المبدأ يتمتع موظفو MHPSS التنفيذيين، ويفضل أن يكونوا محليين، **بالخبرة، والتدريب، والكفاءة الثقافية.**	أحد التحديات الرئيسية هو ندرة الموارد البشرية. فالطلب الهائل على الموظفين الخبراء والمدرَّبين والمشرفين يتجاوز العرض المنخفض. وضغط الوقت والقيود المالية تجعل تنفيذ التدريب والإشراف أمرًا صعبًا. وكثيرًا ما يفضل الموظفون المؤهلون الأمان وأجر العمل الأعلى في سياق الأزمات. كما أن احترافية الموظفين / الموظفات تواجه مشاكل بسبب عبء العمل المتزايد، والتغيرات المتكررة في العمل، وعدم التيقن من السياق. علاوة على ذلك فإن الإشكالية بين مصالح الجهات المانحة ومتطلبات السكان المستهدفين، وكذلك بين الحياد والعاطفة تزيد من الأعباء. وغالبًا ما تختفي مراقبة الاحترافية.	تنسيق المراقبة والتقييم (M & E) الداخلي للعمل الخاص يمكن أن يساعد على الاحترافية. ويمكن استخدام المراقبة والإشراف طويل المدى على الموظفين / الموظفات، وتدريب الأقران في تخفيف الأعباء. كما أن الاحترافية الهيكلية والمرونة لدى المنظمات تسهل العمل. ومن الواضح أن توفير التدريب أمر لا يمكن التنازل عنه. ينبغي أن يتم ترسيخ دراسة ظروف العمل في سياقات الأزمات في البيئة الأكاديمية. وينبغي أن يعتمد تعيين الموظفين / الموظفات على الشفافية والتوصيفات الوظيفية الواضحة. كذلك فإن الاحترافية بحاجة إلى تعريف أكثر شمولية تبعًا للسياق.
		عند عدم مراعاة هذا المبدأ يتم توفير فريق دولي غير متوافق مع السياق (غالبًا خبراء / خبيرات من ثقافة أخرى أو منطقة مختلفة) للتنفيذ. ويكون الموظفون المحليون غير مدربين تدريبًا كافيًا على تدخلات MHPSS.		

المخاطر النفسية الاجتماعية	منهجية MHPSS
الإجهادات النفسية التي تظهر على شكل شكاوى جسدية و / أو سلوك غير متكيف لا يتم التعرف عليها على أنها إجهادات نفسية. وبالتالي تحدث زيادة في إجهاد المتضررين من السكان المستهدفين، مما يؤثر سلبًا على القدرات الوظيفية وعلى المشاركة في المشروع.	تدريب الموظفين / الموظفات في القطاعات المعنية، للتوعية بعلامات الإجهاد النفسي الاجتماعي، والتوعية بالاحتياجات الخاصة بالصدمات، وتوفير آليات إحالة فعالة، وتعزيز العافية النفسية الاجتماعية، والمساعدة في الكشف المبكر عن الاحتياجات السريرية.
يتم انتهاك كرامة أعضاء السكان المستهدفين، والتأثير سلبًا على شعورهم بالأمان، من خلال تجاهل خصائص الصدمات والخصائص الثقافية عند تنفيذ التدابير.	إنشاء أماكن أكثر أمنًا، من خلال مراعاة الاحتياجات المتعلقة بالصدمات والخاصة بالثقافة عند تحديد الشروط الإطارية المكانية والهيكلية للتدبير، يسهل من الوصول إلى الخدمة ويشجع على التقبل.
انتهاك خصوصية المتضررين والمشاركة النشطة المتعجلة في عمليات معالجة الصراعات يمكن أن تتسبب في زيادة الأعباء، بل وإعادة الشعور بالصدمة.	يتم بناء الثقة من خلال الاعتراف بالمعاناة (الماضية)، وإنشاء مساحة مناورة للسكان المستهدفين، ونقل مسؤولية (اتخاذ القرار). ومن المستحسن أيضًا تثبيت آليات للشكوى مجهولة المصدر.
انعدام الشفافية في التعامل، وتجاهل احتياجات السكان المحليين والمستهدفين يؤدي إلى إحساس متجدد بفقدان السيطرة، والحرمان، والتبعية للنظم التعسفية. كما أن الإحساس بالظلم يمكن أن يؤدي إلى زيادة احتمال نشوب صراع.	التحليل المتكرر للاحتياجات، والتضمين (النشط) المبكر والمستمر للسكان المستهدفين والمجتمعات المضيفة، بالإضافة إلى تكييف التدبير مع السياق، يؤدي إلى تمكين المتضررين. وتوفير المعلومات المنتظم والشامل يخلق الثقة والشعور بالعدالة.
الإدماج الحصري لأعضاء محددين من السكان المستهدفين في التدبير، يؤدي إلى العزلة، وإلى المزيد من التمييز ضد المجموعات الضعيفة، وإلى التنافس على الموارد.	الإدراج المستهدف للمجموعات الضعيفة عن طريق تكييف التدبير مع احتياجاتهم وظروفهم المعيشية، وعن طريق تضمين المجتمعات المضيفة، وتجنب جميع الإجراءات التي تعزز (مرة أخرى) الصراعات (الموجودة)، كل هذا يدعم التضامن المتبادل.
عدم الاعتراف بالأعباء التي يتعرض لها موظفو / موظفات المنظمة يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالتكليف بأكثر مما في الوسع، وما يستتبعه من إجهاد، وعواقب سلبية على العافية النفسية الاجتماعية للموظفين / الموظفات والسكان المستهدفين.	تم تحديد أعباء الموظفين / الموظفات الناجمة عن العمل في المشروعات الفردية، ويتم تطوير وتنفيذ مفاهيم رعاية الموظفين. كما يتم دعم الموظفين / الموظفات في تنفيذ تدابير الرعاية الذاتية.

10. ما هي القيمة المضافة التي تقدمها المنهجيات النفسية الاجتماعية للتعاون التنموي الألماني؟

التجارب الصادمة، والخوف الدائم، وتجارب الخسائر العنيفة المتنوعة تشكل حياة الناس في مناطق الصراع. وهذا الأمر لا يؤثر فقط من حيث الاضطراب النفسي الفردي المحتمل نتيجة للتجربة، بل يؤثر دائمًا على السلوك الاجتماعي والسلوك التعليمي الكامل للمتضررين. كذلك فإن تجارب الاضطهاد والموت والدمار المزمنة تشكل ديناميكية العلاقات بين الأشخاص داخل الأُسر وفي الجماعات وفي المجتمع بالكامل. لذلك فإن المشاكل النفسية الاجتماعية ليست قضية صحية أو نفسية أو اجتماعية خالصة، بل يجب التعامل معها والتمعن فيها في جميع مجالات المجتمع تقريبًا *(28)*. وبناءً على ذلك ينبغي على التعاون التنموي أيضًا مراعاة هذه الأبعاد في مجالات المشروع، التي يبدو في البداية أنها لا علاقة لها بالقضايا النفسية. فالمتضررون تعلموا في كثير من الأحيان، عدم الثقة بالآخرين، والاحتفاظ بآرائهم الخاصة لأنفسهم، والعمل بشكل يبدو طبيعي، في حين أنهم ممتلئون بالذعر الداخلي طويل المدى، ويعانون من الخسائر الكثيرة، والجراح. والكثيرون منهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجسدية، وأقل قدرة على التحمل، ويعانون من عدم الأمان والعصبية، وفي بعض الأحيان طوروا احتياجًا شديدًا للانسحاب. وغالبًا ما تؤدي هذه التجربة إلى سلوك تجنبي وفقدان الأمل. وفي بعض الحالات تزيد العدوانية والاستعداد للعنف. غالبًا ما يعاني الأشخاص المثقلون بالأعباء الحياتية من ضعف القدرة على التركيز والتذكر، ويجد الكثيرون صعوبة في تحفيز أنفسهم، وتقييم قدراتهم بشكل إيجابي، والاستعداد للمخاطرة عندما يتعلق الأمر بإعادة تصميم حياتهم بشكل مستقل. لا ينبغي النظر إلى كل هذا على أنه تعبير عن مرض، وإنما هو نتيجة لآليات البقاء على قيد الحياة المكتسبة، والتي غالبًا ما كانت مفيدة في الحرب، لكنها الآن تثبط وتدمر السلوك وإمكانيات الإبداع لدى المتضررين.

للوقاية من الآثار النفسية الاجتماعية السلبية للحرب والعنف ينبغي التفكير في تعزيز MHPSS في تصميم المشروع وطريقة سيره في جميع قطاعات التعاون التنموي (DC) *(3)*. وخلافًا لتدخلات MHPSS، التي تهدف بشكل أساسي إلى تحسين العافية النفسية الاجتماعية للمجموعة المستهدفة والحفاظ عليها، فإن تدخلات التعاون التنموي (DC) تسعى بشكل عام نحو أهداف أساسية أخرى *(18)*. من خلال تضمين MHPSS وبالتالي متابعة منهجية MHPSS، لا تكمن القيمة المضافة الاجتماعية في التخفيف من معاناة المتضررين فقط، ولكن أيضًا في الاستقرار السياسي، ومنع العنف، وارتفاع احتمالية نجاح تدابير التعاون التنموي (DC)، وإعادة التعمير الاجتماعي والمادي المستدامة، والتطبيق المتسق للمنهجية القائمة على حقوق الإنسان، التي التزم بها التعاون التنموي الألماني. وللاستفادة بشكل مثالي من التأثير التآزري، الذي يستهدف تيسير الظروف المعيشية الصعبة وإعادة بناء الآفاق المستقبلية، فإن المشاريع التي تجمع بين التدابير النفسية الاجتماعية والتدابير المُدرة للدخل، يكون لها أهمية أعلى. وهذا الأمر ينطبق على الاتجاهين: فالتدابير المُدرة للدخل وحدها تكون أقل فعالية من التركيبة التي تجمعها مع التدابير النفسية الاجتماعية *(1)*.

يتم تعزيز إمكانيات الأشخاص، الذين يريدون تحقيق تدابير التعاون التنموي، من خلال تضمين اعتبارات MHPSS في قطاعات التعاون التنموي الأخرى، وجعل أهداف المشروع أكثر واقعية.

توفر القائمة التالية نظرة عامة على المخاطر العامة، التي تتعرض لها مشاريع التعاون التنموي (DC)، إذا قامت بتجاهل MHPSS، وطرق تجنب هذه المخاطر من خلال تضمين منهجيات MHPSS. ويمكن الاطلاع على عرض أكثر تفصيلاً للفرص والمخاطر ممارسات جيدة لقطاعات التعاون التنموي الفردية في ملحق الوثيقة.

فهرس المراجع

الملاحظة الختامية

دخلت الحرب السورية عامها الثامن في ٢٠١٨ دون ظهور أي احتمالية لتحقيق السلام والأمن في البلاد قريبًا؛ وفي الوقت نفسه، تستمر الصراعات المسلحة في الشرق الأوسط. نتيجة لذلك يعاني عدد ضخم من الناس من الهروب والتشريد وتجارب العنف. ويبحث اللاجئون والمشردون داخليًا عن الحماية داخل بلدهم أو في البلاد المجاورة. ويتم استنزاف موارد المجتمعات المضيفة في العديد من الأماكن، وتحميل البنية التحتية فوق طاقتها.

من الضروري – مع مراعاة الحق الأساسي في الصحة والكرامة – دعم اللاجئين والمشردين داخليًا والمجتمعات المضيفة لتلبية الاحتياجات الأساسية للسكان المستهدفين، وكذلك لتقوية أنظمة الرعاية للدعم النفسي الاجتماعي وتعزيز الصحة النفسية.

ومثلما يشهد السياق، الذي تمت فيه صياغة وتكييف هذه الوثيقة، تغيرات مستمرة، فإن أعباء واحتياجات اللاجئين والمجتمعات المضيفة هي أيضًا عرضة للتغير المستمر. وبالتالي لا تقتصر مهمة ومسؤولية وسائل الإعلام والسياسة والجهات المانحة الدولية على جذب الانتباه إلى الصحة النفسية والعافية النفسية الاجتماعية فقط، بل تشمل أيضًا العمل على توصيل الاحتياجات، وسد الثغرات في الرعاية، والتحسين المستمر لأنظمة MHPSS وللتدخلات القائمة (٣٨). وفي إطار هذا التكييف المستمر، يستلزم الأمر أيضًا إجراء مناقشات ومراجعات منتظمة للإطار التوجيهي الحالي.
في حالة وجود أي استفسارات أو اقتراحات بخصوص الإطار التوجيهي يُرجى الاتصال بمديرة المشروع الإقليمي،

د. جوديث بيسلر (بريد إلكتروني
judith.baessler@giz.de،
هاتف 115 171 777 (0) +962).

14. Berti, B. The Syrian Refugee Crisis: Regional and Human Security Implications. Strategic Assessment, Volume 17, No.4. Tel Aviv: Institute for National Security Studies, 2015. *www.inss.org.il/uploadImages/systemFiles/adkan17_4ENG_7_Berti.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

15. Regional Refugee and Resilience Plan (3RP). Regional Monthly Update August. Shelter. 2016. *http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RegionalShelter3RPDashboardAugust2016.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

16. Jefee-Bahloul, H, Moustafa, MK, Shebl, FM, Barkil-Oteo, A. Pilot assessment and survey of syrian refugees' psychological stress and openness to referral for telepsychiatry (PASSPORT Study). Telemed J E Health. 20. Ekim 2014, 10, S. 977-9.

17. Alpak, G, Altindag, A, Bez, Y, Bulbul, F, Dalkilic, A, Sagaltici, E, Savas, HA, Unal, A. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. London: Taylor and Francis Group, 2014.

18. UNHCR. UNHCR report shows health services for Syrian refugees increasingly overstretched. Briefing Notes. Genf: UNHCR, 2013. *www.unhcr.org/news/briefing/2013/4/517a58af9/unhcr-report-shows-health-services-syrian-refugees-increasingly-overstretched.html* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

19. Sirin, S, Rogers-Sirin, L. The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children. Washington, DC: Migration Policy Institute, 2015. *www.migrationpolicy.org/research/educational-and-mental-health-needs-syrian-refugee-children* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

20. WHO. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Volume 22. Instruction Manual. Genf: WHO, 2011. *www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

22. Keilson, H. Sequential Traumatization in Children. Kudüs: Magnes Press, Hebrew University, 1992.

23. Keilson, H. Çocuklarda art arda travma. Yahudi savaş yetimlerinin kaderlerinin incelenmesi. Gießen: Psiko-sosyal yayınevi, 2005.

24. Brenssell, A. Trauma als Prozess – Wider die Pathologisierung struktureller Gewalt und ihrer innerpsychischen Folgen. Frankfurt a. M.: 24 Ocak 2013 tarihindeki "Travma ve politika" seminer raporu, 2013. *www.medico.de/fileadmin/_migrated_/document_media/1/trauma-als-prozess.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

25. Becker, D. Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Gießen: Psiko-sosyal yayınevi, 2014.

26. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Genf: IASC, 2010. *www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

فهرس المراجع

1. World Bank. Forcibly Displaced. Toward a development approach supporting refugees, the internally displaced, and their hosts. Advanced Edition. Washington, DC: The World Bank Group, 2016. *https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25016/9781464809385.pdf?sequence=2&isAllowed=y* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

2. 2.Uluslararası iş birliği için Alman derneği (GIZ). Güvenlik, yeniden inşa, barış Kriz ve çatışma bağlamında psiko-sosyal destek. Bonn/Eschborn: Uluslararası iş birliği için Alman derneği, 2015.

3. Becker, D, Weyermann, B. Cinsiyetçilik, çatışma dönüşümü & psiko-sosyal yaklaşım. Bern: Geliştirme ve iş birliği İsviçre müdürlüğü (DEZA), 2006. *www.eda.admin.ch/dam/deza/de/documents/themen/gender/91135-arbeitshilfe-gender-konflikttrans-psychosoz-ansatz_DE.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

4. Ghanem, T. When Forced Migrants Return «Home»: The Psychosocial Difficulties Returnees Encounter in the Reintegration Process. Oxford: Refugee Study Center, 2003.

5. Dobrić, J, Purić, D, Vukčević, M. Study of the Mental Health of Asylum Seekers in Serbia. Belgrad: UNHCR Serbien, 2014. *www.unhcr.rs/media/MentalHealthFinal.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

6. IMC, SIGI Ürdün. MHPSS Needs Assessment of Displaced Syrians and Host Communities in Jordan. 2015. *www.data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=10165* 23.03.2017 tarihinde incelendi.

7. Silove, D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. Intervention. 11(3), 2013, S. 237-248.

8. 8.Travma pedagojisi federal iş topluluğu. URL: *http://www.bag-traumapaedagogik.de/* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

9. European Parliamentary Research Service. Briefing February 2017. Syrian crisis: Impact on Jordan. 2017. *www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/599258/EPRS_BRI(2017)599258_EN.pdf* 18.04.2017 tarihinde incelendi.

10. UNHCR. Country Operations Profile Iraq. 2015.

11. UNHCR. Reporting Iraq. [Online] 31. May 2018. *http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Iraq%20Factsheet%20-%20May%202018.pdf*

12. UNHCR. Situation Syrian Regional Refugee Response. Data UNHCR. *http://data2.unhcr.org/en/situations/syria* [Online] June 2018.

13. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C, el Chammay, R, Deville-Stoetzel, JB, Youssef, A, Jefee-Bahloul, H, Barkeel-Oteo, A, Coutts, A, Song, S, Ventevogel, P. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Cenevre: UNHCR, 2015. *www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

39. Bajbouj, M. Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe. Der Nervenarzt (in press), 2017.

40. Becker, D. (Hg.) 1:0 für Rafah. Chancen und Herausforderungen psychosozialer Arbeit in Palästina. Gießen: Psychosozial Verlag, 2016.

41. Griese, K, Mehlau, A. Resilienzstärkung auf Gemeinde-Ebene. Eine Strategie gegen geschlechtsspezifische Gewalt und gegen Konflikte zwischen Gastgemeinden und Geflüchteten. Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, 14 Jg., Heft 3, 2016.

42. Griese, K, Mehlau, A. Ein solidarischer, stress- und traumasensibler Ansatz zur multisektoriellen Unterstützung von Gewaltüberlebenden. Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, 14 Jg., Heft 1, 2016.

43. Kühner, A. Trauma und kollektives Gedächtnis. Gießen: Psychosozial, 2008.

44. Medico International. medico-Report 26: Im Inneren der Globalisierung. Psychosoziale Arbeit in Gewaltkontexten. Frankfurt: Mabuse Verlag, 2005.

45. Medico International. medico-Report 20. Schnelle Eingreiftruppe „Seele". Texte für eine kritische „Trauma-Arbeit". Frankfurt: medico international Verlag, 2000.

46. Merk, U. Respekt, Würde, Ubuntu – gemeindeorientierte systemische Traumaarbeit in Südafrika, in: **Budzinski, M (Hg.).** Traumatherapie und gesellschaftliches Umfeld. Bad Boll: Ev. Akademie Bad Boll, 2010.

47. Ottomeyer, K. Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011.

48. Ottomeyer, K, Peltzer, K. Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte. Klagenfurt: Drava, 2002.

49. Wenk-Ansohn, M, Weber-Nelson C, Hoppmann F, Ahrndt A. Behandlung und Rehabilitation von Folterüberlebenden und Kriegstraumatisierten. Politische Traumatisierung. Zeitschrift Psychosozial, 55-7, Gießen: Psychosozial Verlag, 2014.

50. Zondi, M. Breaking the Walls of Trauma Counselling – eine kritische Analyse von vorherrschenden Traumakonzepten im Kontext städtischer Lebensrealitäten in Johannesburg, in: **Flick, S, Jung, A, Merk, U, Teuber, N (Hg.)** psychosozial 142: Umkämpfte Psyche – Zur Rekontextualisierung psychischen Leids. 38. Jg., Nr. 142, Heft IV. Gießen: Psychosozial Verlag, 2015.

27. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE). Thematic Issue Brief: Psychosocial Well-Being. New York: INEE, 2010. *http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1128/INEE_Thematic_Issue_Brief_Psychosocial.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

28. Robinson, M, Williamson, J. Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being? Intervention 2006, Vol 4, No. 1, 4-25. 2006. *www.interventionjournal.com/content/march-2006-volume-4-issue-1* 07.04.2017 tarihinde incelendi.

29. War Trauma Foundation, WHO, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Cenevre: WHO, 2011. *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/1/9789241548205_eng.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

30. GIZ. Kalkınma ve iş birliğinde EMDR. Dahili çalışma kağıdı. 2017.

31. Baron, J, Flory, L. Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 2. güncellenen baskı. Berlin: Mülteci ve işkence mağdurları için psiko-sosyal merkezlerin Almanya'daki çatı örgütü (BAfF), 2016.

32. IASC. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Cenevre: IASC, 2007. *www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

33. Sphere Project. Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Cenevre: The Sphere Project, 2011.

34. Gagliato, M, Hansen LJ, Schinina, G, Strang, A, Ventevogel, P. Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe. A multi-agency guidance note . s.l.: IOM, MHPSS.net, UNHCR, 2015. *www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/297576/MHPSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf?ua=1* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

35. 35.Federal Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Bakanlığı (BMZ). BMZ konseptleri 172. Alman Kalkınma ve İş Birliği politikasında "Good Governance" gerekliliği. Berlin/ Bonn: Ekonomik işbirliği ve geliştirme bakanlığı (BMZ), 2009. *www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/reihen/strategiepapiere/konzept172.pdf* 23.03.2017 tarihinde incelendi.

36. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide. *www.ifrc.org/Global/Publications/monitoring/IFRC-ME-Guide-8-2011.pdf*: s.n., 2011.

37. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Common Monitoring and Evaluation Framework for MHPSS Programmes in Emergency Settings. *https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/iasc-common-monitoring*: s.n., 2017.

38. WHO. Building Back Better. Sustainable mental health care after emergencies. Cenevre: WHO, 2013. *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1*, 22.03.2017 tarihinde incelendi.

الملحق – التكميلي الفصل 10

المزيد من توصيات المراجع (باللغة الإنجليزية)

51. Ager, A, Ager, W, Boothby, N, Stavrou, V. Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Emergencies. New York: Unicef, 2011.

52. Barkil-Oteo, A, Hassan, G, Jefee-Bahloul, H, Kirmayer, LJ, Ventevogel, P. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2016 Apr, 25(2): 129-41. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.

53. Bittenbinder, E (Hg.) Good Practice in the Care of Victims of Torture. Karlsruhe: Loeper yayınevi, 2010.

54. Bubenzer, F, Tankink, M. Healing communities, transforming societies. Exploring the interconnectedness between psychosocial needs, practice and peacebuilding. 2015.

55. Gallagher, E, Hamber, B (Hg.) Psychosocial Perspectives on Peacebuilding. New York: Springer, 2015.

56. Hamber, B. Transforming societies after political violence. Truth, Reconcilation and Mental Health. New York: Springer, 2009.

57. Herman, JL. Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1997.

58. Human Rights Watch. Genocide in Iraq. The Anfal Campaign against the Kurds. New York: Human Rights Watch, 1993.

59. Mlodoch, K. The Limits of Trauma Discourse. Women Anfal Survivors in Kurdistan-Iraq. Berlin: Klaus Schwarz yayınev i, 2014.

60. Miller, K., Rasmussen, A. War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health in Conflict and Post-Conflict Settings: Bridging the Divide between Trauma-Focused and Psychosocial Frameworks. Social Science Medicine 2009. Vol 70(1), 7-16.

61. Pross, C, Schweitzer, S. The culture of organizations dealing with trauma: Sources of work-related stress and conflict. Traumatology 2010, Vol 16(4), 97-108.

62. Save the Children. Invisible Wounds. The impact of six years of war on the mental health of Syria's children. 2017.

63. UNHCR. Protecting and supporting the displaced in Syria. UNHCR Syria End of Year Report 2015. Cenevre: UNHCR, 2015. URL: *http://www.unhcr.org/56cad5a99.pdf* 22.03.2017 tarihinde incelendi.

64. UNHCR. Operational Guidance. Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations. Cenevre: UNHCR, 2013.

65. UNHCR. Protection Policy Paper. Understanding Community-Based Protection.

66. UNHCR. A Community-based Approach in UNHCR Operations. Cenevre: UNHCR, 2008.

67. War Trauma Foundation. Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas. Diemen.

التعليم

يمتد نطاق التعليم من التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة، مرورًا بالمدارس، والتعليم المهني، والجامعات، وتعليم الكبار، وصولاً إلى المشاريع المجتمعية المتنوعة القائمة على التعليم، وهو يمثل فرصة تطور مهمة للأفراد وللمجتمع.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
توفير أماكن مركزية للتعامل مع الماضي	إلتوتر المتزايد، والقلق، والمعاناة (المتكررة) من العجز بسبب انعدام الأمن	الاختيار الدقيق للموقع، وإمكانيات النقل التي تضمن السلامة والكرامة، وكذلك التنفيذ
التوعية الاجتماعية وبناء علاقات قائمة على الثقة، للتغلب على الضغوطات والتجارب	انعدام الثقة بسبب الوضع التعجيزي/ المهين للمربين، ومفهوم الشروط الإطارية للمعلمين	مراعاة المنهجيات التربوية المتعلقة بحالة الصدمة عند تنفيذ تدابير التعليم على جميع مستويات التدخل
(إعادة) بناء التعايش الاجتماعي، وتعزيز القدرة على التعاون	الانسحاب، والعزلة، وعدم وجود خبرات علاقات إيجابية، عند عدم تفهم الأعباء الذاتية	تسهيل الوصول، والإدراج الفعال للمجموعات الضعيفة، التعايش الاجتماعي، وتعزيز القدرة على التعاون
التعرف المبكر على الاحتياجات النفسية الاجتماعية للأطفال والمراهقين، وتوفير الدعم المناسب	نقص الدعم النفسي الاجتماعي يؤدي إلى سلوكيات غير مناسبة للمتضررين، مثل العدوانية والانسحاب، وغياب القدرة على التركيز، وزيادة الإجهاد	عرض تدابير الدعم الوقائية وتدريب الموظفين بخصوص علامات الإجهاد النفسي الاجتماعي، والإحالة إلى الرعاية المتخصصة؛ الترابط مع الجهات الفاعلة الأخرى في MHPSS
التغلب على السلبية والقلق، وزيادة الاعتزاز بالنفس والثقة بالنفس	تكرار تجربة فقدان السيطرة والحرمان والعجز بسبب أسلوب التعليم الاستبدادي، وتجاهل الاحتياجات الخاصة	تمكين الطلاب/الطالبات من خلال تعزيز التفكير النقدي؛ توجيه الموارد من خلال التعليم المعتمد على المهارات والتعلم الداعم
تحسين السلوك التعليمي وتجربة الكفاءة الذاتية، وتعزيز الفضول، والاهتمام، والالتزام، والثقة بالنفس	غياب التوقعات، والإحباط، وتقليل الاعتزاز بالنفس، بسبب التراجع/الركود في التنمية (المدرسة)، وغياب النجاح المدرسي	تطوير مواد التدريس والوسائل التعليمية، التي تشجع على التركيز، وتسهل عملية التعليم

الملحق – التكميلي الفصل 10

تعزيز العمالة – تنمية القدرات – ريادة الأعمال

الدعم من خلال تشجيع القطاع الخاص، وتوسيع مجالات الإنتاج، وإنشاء وتحسين عروض التدريب المهني وفرص العمل، وتعزيز المبادرات الذاتية، والإبداع، وروح الابتكار، والرغبة في الاستثمار، والقدرة التنافسية.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
التمكين، وبناء الثقة في النظام وفي العلاقات، والثقة بالنفس	عواقب الإجهاد النفسي الاجتماعي مثل مشاكل التركيز، والعدوانية، والجَسْدَنَة، وما إلى ذلك، تؤثر على (جودة) العمل والإنتاجية، وتؤدي إلى التكليف بأكثر مما في الوسع	يتم توعية المشرفين/المشرفات وأصحاب العمل بالإجهادات النفسية الاجتماعية المحتملة، وتكييف بيئة العمل وفقًا للاحتياجات الخاصة
جودة الحياة الأعلى والاستقلالية من خلال الاستقلال المالي	إيجاد وظائف مع إدراج مجموعات معينة قد يؤدي إلى إنشاء تسلسلات هرمية جديدة وزيادة احتمال نشوب صراع (داخل الأسرة) (مثلاً، إذا حصلت المرأة على عمل وزوجها لا يعمل)	مراعاة البيئة/السياق الخاص بمجموعة مستهدفة عند تخطيط وتنفيذ التدابير، ومراعاة احتياجات وشروط توظيف المجموعة المستهدفة
الملكية والإدارة من خلال التوظيف اليومي	انعدام الثقة والشعور بالعجز بسبب الاعتماد على المنظمة المنفذة	الحصول على تغذية راجعة منتظمة وإنشاء آليات شكوى، وتكييف التنفيذ اعتمادًا على التعليقات
خلق آفاق مستقبلية جديدة من خلال التدريب على قدرات واستثمارات جديدة	القلق المتزايد، وضعف الثقة بالنفس، يمنعان الاستعداد للتعلم وللمخاطرة، وروح الابتكار	تكييف المحتويات التعليمية، وتصميم التدريب بطريقة حساسة للصدمات وللإجهاد، وتوعية المعلمين/المعلمات، والتشجيع المستهدف للمجموعة المستهدفة

النقد مقابل العمل

عروض عمل مؤقت للاجئين والمشردين داخليًا وأعضاء المجتمعات المضيفة، بهدف استقرار الدخل بشكل مؤقت، والتخلص من السلبية، وتعزيز البنية التحتية المحلية. في معظم الأحيان ترتبط هذه العروض بأنشطة بسيطة في قطاعات، مثل إدارة النفايات وتطوير وتوسيع البنية التحتية.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
تعزيز الترابط الاجتماعي من خلال إصلاح البنية التحتية المحلية	قد يتسبب التوظيف في توقعات غير واقعية ويخلق آمالاً تؤدي إلى الإحباط بسبب المدة الزمنية المحددة	منذ البداية يتم تقديم المعلومات إلى المجموعة المستهدفة من التدبير بشكل دوري، وتكون المعلومات موحدة وشاملة وتوضيحية
الاستقلالية، والشعور بالتحكم، والثقة بالنفس، من خلال المرونة في الاستقلال المنزلي والاستقلال الاقتصادي	انعدام الأمن الوظيفي يمكن أن يؤدي إلى الشعور بفقدان التحكم، وتفاقم العجز، وزيادة الضغط	تخطيط وتنفيذ التدبير بشكل شفاف ومتفتح؛ يتم تنفيذ المتابعات بعد إنهاء علاقة العمل، مع وساطة مراكز العمل / المراكز المجتمعية / تدابير التعليم التكميلي إذا لزم الأمر
المرونة والتغلب على المشاكل من خلال عمليات التنظيم الصامد لمناحي الحياة اليومية/التوظيف اليومي	التبعيات للمنظمات المنفذة يعارض الاحتياج إلى الاستقلالية	يتم نقل المسؤولية والتحكم في تنفيذ العمل، والتعامل بشكل محترم مع السكان المستهدفين
تعزيز الشعور بالانتماء من خلال العمل في الفريق وفي المجتمع	عدم إدراج المجموعات (الضعيفة) المختلفة يؤدي إلى زيادة العزلة	يتم دمج المجموعات الضعيفة بشكل مستهدف من خلال تكييف التدبير مع احتياجاتهم

إدارة المخيم

ضمان الأمان، وتوفير المساعدات العاجلة للاجئين والمشردين داخليًا المقيمين في المخيمات، من خلال وضع المعايير والحفاظ عليها، بحيث يتمكن المتضررون من ممارسة حقوقهم الأساسية. إغلاق الثغرات في الرعاية، والتنسيق المستهدف بين سكان المخيمات والمنظمات والمجموعات، يؤدي إلى تجنب إزدواجية الخدمات .

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
الشعور بالسيطرة والإحساس بالعدل من خلال التجارب الإيجابية مع الهياكل المستقبلة	إعادة توليد الشعور بسلطة وقوة الهياكل (الاستبدادية) والتبعية لها (مثل الشك في التوزيع العادل للموارد)	تنفيذ إدارة معلومات شاملة وموحدة ومنتظمة، والتعامل مع السكان باحترام، وتصميم العمليات (مثل التسجيل في المخيم) بشكل مفهوم وشفاف
بناء الثقة بالنفس وتجربة الإدارة من خلال تجربة الاستقلالية	انعدام الثقة تجاه الهياكل التنظيمية وانعدام الثقة في الكفاءات الذاتية	بناء الثقة بنشاط من خلال النقل الواعي والتوافقي للمسؤولية (الذاتية) إلى سكان المخيم (مثلاً من خلال شحن البطاقات المدفوعة مسبقًا بدلاً من قسائم الطعام)
بناء الثقة، وتقليل الشعور بالتهديد، والتغلب المحسن على الأحداث والتجارب المحملة بالأعباء و التجارب السابقة	انتهاك الخصوصية، وتزايد التهديد والعنف الفعلي بسبب التخطيط/التوزيع غير الملائم للمرافق والإقامة في المخيم	التخطيط بشكل حساس للصدمات وللصراعات، ومراعاة الاحتياجات الخاصة (بالنوع)، وعدم التجانس العرقي-الديني للمجموعة المستهدفة في البنية التحتية (مثل موقع أنظمة الغسل)

الصحة

بجانب منظمة الصحة العالمية تعمل العديد من الجهات الفاعلة الحكومية (وغير الحكومية) على تعزيز التحسين الشامل وواسع النطاق للرعاية الصحية، بما في ذلك التثقيف الصحي و التأمين/التغطية الصحية

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
تخفيف الأعباء من خلال الاعتراف (المبكر) بالحاجة إلى الدعم النفسي الاجتماعي / المتعلق بالطب النفسي / العلاجي النفسي، وجودة الحياة الأعلى من خلال التوافق المحسن بين الشخص والتدخل	الإحباط والعجز بسبب التشخيصات الخاطئة، ومقاومة العلاج ومسار المرض الطويل بسبب عدم مراعاة العلاقة ثنائية الاتجاه بين الصحة النفسية والجسدية	يتم تدريب الموظفين في الرعاية الصحية الأولية على العلاقة بين الأعراض (النفسية) وتاريخ (المعاناة) أو الإجهاد في الوضع المعيشي الحالي، وتأسيس آليات الإحالة الفعالة
(إعادة) اكتساب السيطرة وبناء الثقة في الآخرين وفي الأنظمة	انعدام الثقة والشعور المتجدد بفقدان السيطرة بسبب التنفيذ (المتكرر) للفحوصات (المعقدة) وانعدام الشفافية في تصرفات العاملين في مجال الصحة	يتم تدريب العاملين في مجال الصحة على التعامل الحساس للصدمات مع المتضررين ومخاوفهم (خاصة مع المعتقلين السابقين وضحايا التعذيب)
تحسين العافية وتقليل الوصم من خلال زيادة أنشطة التوعية والتعاملات الحساسة	تعزيز التمييز والوصم بسبب تجاهل السياق	يتم إطلاع المجتمع على ما يخص MHPSS، وتوعية والموظفين بما يخص خوف المتضررين من الوصم

الأمن الغذائي – التنمية الريفية

الحق في الغذاء لا يقبل المساومة ويُعتبر أمرًا حاسمًا في تعزيز الصحة والتنمية العامة.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
(إعادة) اكتساب السيطرة والكفاءة الذاتية من خلال التنمية طويلة المدى للعمليات الخاصة	التركيز البحت على الظروف والمعطيات التقنية يؤدي إلى تكرار علاقات التبعيات	عند مراعاة الهياكل الأسرية والتسلسلات الهرمية، يتم تصميم إستراتيجيات طويلة المدى للأمن الغذائي

العمل من أجل السلام – الترابط الاجتماعي

ينبغي القيام بمساهمة مستدامة في أعمال السلام، وتعزيز التماسك الاجتماعي، من خلال معالجة الصراعات بشكل مدني وسلمي، بالتعاون مع الشركاء المحليين وعن طريق إدماج جهات فاعلة أخرى.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
تعزيز تجربة الكفاءة الذاتية والشعور بالانتماء من خلال عمليات تكوين الهوية	نقص الإدماج في المشروعات يؤدي إلى التمييز الملاحَظ، والعزلة، والتوترات بين المجموعات الفردية للسكان المستهدفين	يتم تحفيز السكان المستهدفين والمجتمعات المضيفة للمشاركة بنشاط في المشروع كمساعدين/مساعدات (متطوعين)
(إعادة) بناء الثقة في صورة الإنسان البناءة والتأمل المجتمعي	تكرار التأكيد على عدم الثقة في الآخرين، وانسحاب أفراد السكان المستهدفين أو زيادة احتمال نشوب الصراع بسبب تهميش أو تقليل من شأن مجموعات معينة بسبب ضعفها	يتم السعي نحو عمليات حداد صحية والاعتراف بالمعاناة الفردية عند التخطيط المتزامن والمشترك للمشروعات، وتشجيع التبادل بين المجموعات
الاندماج الناجح للتجربة من خلال عمليات المعالجة المشتركة وتعزيز التعاطف المتبادل	إعادة الشعور بالصدمة بسبب المواجهة المبكرة مع الأعداء (السابقين) وضغط عملية المعالجة	اختيار توقيت مدروس جيدًا لعملية التقارب، والتنفيذ بشكل تدريجي مع توفير إمكانية الانسحاب

البنية التحتية – تدابير البناء – إعادة التعمير

تعزيز استدامة البنية التحتية من خلال تنفيذ تدابير البناء، بمشاركة السكان المحليين والمهندسين المعماريين المحليين والمقاولين. وعند الحاجة يتم استكمال التدخل من خلال تدابير التأهيل. وبجانب ذلك يتم أيضًا استهداف تعزيز الاقتصاد المحلي مع تقليل استهلاك الطاقة والحفاظ على الموارد في الوقت نفسه.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
تكييف تدابير البناء مع احتياجات المستخدمين/المستخدمات يؤدي إلى تمكينهم، وإلى ملكية المباني الجديدة	نقص الملكية يؤدي إلى خراب أو عدم صيانة المبنى من قِبل المستخدمين/المستخدمات ويؤدي أيضًا إلى الصراعات (مثلاً إذا تم اختيار الأماكن المهمة ثقافيًا/دينيًا كموقع بناء)	يتم تضمين المستخدمين اللاحقين/المستخدمات اللاحقات واحتياجاتهم (الثقافية) في تخطيط التدابير
تعزيز الهوية والانتماء من خلال الحفاظ على صورة المدينة وإعادة بنائها بما يتوافق مع رؤية السكان	التدابير السريعة أو المتعجلة لـ (إعادة) بناء البنية التحتية المناسبة تدمر مناظر المدينة التقليدية، وبالتالي فهي تهاجم أيضًا هوية سكانها	التركيز على تدابير البناء لا يتعلق فقط بـ (إعادة إنشاء البنية التحتية، بل يتعلق أيضًا بالحفاظ على التقاليد وعلى أهمية المباني والأماكن بالنسبة للسكان (مثل إنشاء وإعادة بناء الجسور/الروابط بين الأحياء)
عافية وكرامة المستخدمين/المستخدمات والمجموعة المستهدفة المشاركة في البناء من خلال التنفيذ الحساس للسياق وللصدمات	تجاهل الاحتياجات المحددة يمكن أن يؤدي إلى انتهاكات متجددة للكرامة وإلى عزل المجموعات الضعيفة	مراعاة الاحتياجات الخاصة للمجموعات الضعيفة، مثل المسنين، والنساء، والأطفال، وغيرهم في الهندسة المعمارية والبناء
خلق آفاق مستقبلية واستقلالية من خلال فرص العمل في المكان	عدم إدماج السكان المحليين يتسبب في وجود المنافسة واحتمال نشوب صراع مع الموظفين الخارجيين	يتم تنفيذ (المزيد) من التدابير المؤهلة للسكان المحليين
تعزيز الترابط الاجتماعي وتشجيع الاجتماعات بين أطراف الصراع (السابقة) من خلال إنشاء أماكن مشتركة والحفاظ عليها	تدمير البنية التحتية أو تنفيذ تدابير البناء في الأماكن ذات القوة الرمزية الإيجابية المحتملة دون تضمين جميع المجموعات السكانية	يتم تضمين السكان أصحاب الانتماءات العرقية والدينية المختلفة في تخطيط تدابير البناء، التي يمكنها أيضًا تعزيز المصالحة والتقارب بين المجموعات السكانية
تمكين ومشاركة الناجين من العنف والاضطهاد من خلال المشاركة الفعالة في تخطيط تدابير البناء وفي تصميم الأماكن المرتبطة بدلالات سلبية	عدم مراعاة الناجين من العنف عند تخطيط تدابير البناء بالأماكن ذات الذكريات السيئة، يؤدي إلى تكرار الحرمان وزيادة الغربة والعزلة	في الأماكن المرتبطة بانتهاكات حقوق الإنسان على سبيل المثال، يتم تضمين الناجين في التخطيط لـ (إعادة) التصميم. حيث يتم إنشاء مساحة لإحياء ذكريات الضحايا، والتشجيع على التعامل مع الأحداث مثلاً من خلال أسلوب معماري يوفر السطوع والانفتاح

الحكم الرشيد – الإعلام – الأمان – سيادة القانون

طريقة صنع القرار الواحدة على مستوى الدولة، وصياغة وتنفيذ المحتويات السياسية، وتصميم النظم القانونية والقضائية، وكذلك أداء الإدارات. ينبغي البدء في عمليات الإصلاح من خلال تعزيز المؤسسات عالية الكفاءة والقانونية والمملوكة للدولة والشفافة والفعالة، التي تعارض الفساد والتعسف. والشرط الأساسي لذلك الأمر هو مشاركة السكان بالكامل ومراعاة آرائهم.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
تعزيز عمليات التأقلم الشخصية والترابط الاجتماعي، وخلق آفاق مستقبلية جديدة	التجارب الشخصية وخطابات القادة السياسيين توجه طريقة التعامل مع الماضي؛ التقسيم إلى مجموعات من الضحايا والمجرمين يؤدي إلى التمييز وعزل المتضررين من الأفراد	يتم تشجيع الحوار مع وبين مجموعات مختلفة الانتماءات والمعتقدات، إذا كانوا على استعداد لذلك. ويتم تعزيز التعاطف والتفكر من خلال تدابير MHPSS الإضافية
بناء الثقة المتبادلة وتعزيز التعاطف من خلال تبادل الخبرات بين السكان	العرض وإعداد التقارير بشكل أحادي ودرامي ولافت للنظر، والاستقصاء والاقتباس بشكل غير حساس للمتضررين، يؤدي إلى انتهاك الاستقلالية والخصوصية، وزيادة احتمال نشوب الصراع، وصولاً إلى إعادة الشعور بالصدمة	التعامل العام والسياسي مع العنف والمعاناة في الماضي بشكل حساس. الصحافة الحساسة للصراعات تدعم عمليات التقارب وتدفعها للأمام، في ظل حماية الأفراد
إعادة بناء الثقة من خلال إصلاح هيئات الدولة بشكل شامل وحساس للصراع وللصدمات، ومن خلال منهجيات المصالحة المدروسة	تؤدي زيادة معدل الإجرام والمخاطر الأمنية الناجمة عن زيادة الأعباء/خلل النظام القانوني إلى شعور حقيقي بالتهديد وبعدم الأمان	توضع مخاوف المشاركين ومشاعر المتضررين في الاعتبار، في عمليات إصلاح الهيئات القانونية وفي منهجيات التعامل مع الماضي

البيئة، والتنوع البيولوجي، والطاقة، والمناخ، والماء

الماء مورد ضروري للحياة، وحاسم في مواجهة التحديات المتزايدة لتغير المناخ. الحفاظ على نظم بيئية فعالة يتطلب أنشطةً في جميع القطاعات المتشابكة: البيئة، والتنوع البيولوجي، والطاقة، والمناخ، والماء.

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
تعزيز الترابط الاجتماعي من خلال البناء المشترك للبنية التحتية المحلية واستخدام الموارد المحلية	التنافس على الموارد يزيد من احتمال نشوب صراع (جديد) بين المجموعات السكانية وداخل المجتمعات	يتم التخطيط بشكل حساس للصراع وللسياق، ويتم تبادل (المعلومات) مع أعضاء المجتمع بشكل يسبق جميع تطبيقات المشاريع البيئية، من أجل تجنب المقاومات لتطبيق المشاريع
زيادة العافية النفسية الاجتماعية وجودة الحياة من خلال تحسين المعايير الصحية في المستوطنات والمخيمات والمجتمعات	عدم مراعاة السلبية كنتيجة محتملة للتجارب الصادمة يؤدي إلى عدم الاهتمام بالتغيير، وقد يؤدي في ظل ظروف معينة إلى سلوك التدمير الذاتي والإهمال	يتم تدريب جميع الموظفين/الموظفات على كيفية التواصل البناء مع المجموعة المستهدفة، والتشجيع على التغلب على السلبية، وتدابير الرعاية الذاتية
تمكين المرأة وغيرها من أعضاء المجتمع	إهمال المسؤولية وإهمال معرفة المرأة بما يخص الإمداد بالماء أو عبء العمل يؤدي إلى الحرمان والعجز	تحدث المعرفة العملية لمختلف أفراد المجتمع في مرحلة مبكرة من تخطيط التدابير، ويتم وضع احتياجاتهم في الاعتبار عند تنفيذ التدابير

القضايا الشاملة: حقوق الإنسان – نوع الجنس – إدراج المجموعات الضعيفة

الاستفادة النفسية الاجتماعية	المخاطر النفسية الاجتماعية	الممارسات الجيدة
الشعور بالحماية، وتقليل الإجهاد والتهديد والوصم الملاحَظ	حظر الكلام عن العنف القائم على نوع الجنس، والتعذيب، والتجنيد القسري، والاعتقال، وسوء معاملة الأطفال، كل هذا يؤدي إلى التهميش، والعزلة العاطفية والاجتماعية، والهجوم على هوية الناجين	يجب الكشف عن دور العنف الجنسي والعواقب النفسية الاجتماعية له من خلال الربط بين البحث والتأييد وإعادة التأهيل، وإخضاع الجناة للمحاسبة
تعزيز الاعتزاز بالنفس والثقة بالنفس، وتمكين الناجين	الشعور بالعجز فيما يخص خطر الهجمات المستقبلية	يتم تنفيذ التدابير الوقائية ضد حدوث عنف مستقبلي بمشاركة نشطة من الناجين

Published by the
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Registered offices
Bonn and Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 36 + 40
53113 Bonn / Germany
T +49 228 44 60 - 0
F +49 228 44 60 - 17 66

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn / Germany
T +49 228 44 60 - 0
F +49 228 44 60 - 17 66

E info@giz.de
I www.giz.de

Programme
Psychosocial Support for Syrian and Iraqi Refugees and IDP

Responsible
Dr. Judith Baessler, Amman

Edited by
Johanna Lechner

Edited in Arabic by
Luma Tarazi & Alaa Nofal

Design, information graphics and layout
creative republic // Thomas Maxeiner Kommunikationsdesign,
Frankfurt am Main / Germany
www.creativerepublic.de

Photo credits
Title: © Gehad Gharaibeh, Amman
Illustration: © creative republic & © shutterstock

As at
Amman/Eschborn, 2018

GIZ is responsible for the content of this publication.

On behalf of
German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ)

Division 221
Tackling the root causes of displacement; supporting refugees;
Partnership for Prospects (P4P)
Marianna Knirsch

Division 301
Middle East II
Dr. Ulrike Hopp-Nishanka

Printed by
Druckreif, Frankfurt / Germany